Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Guidelines for Comprehensive Services to

Elderly Persons with Psychiatric Disorders

Canada

Guidelines for Comprehensive Services to

Elderly Persons with Psychiatric Disorders

Mental Health Division
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare

Également disponible en français sous le titre
"Lignes directrices pour la prestation de services complets aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux"

Published by authority of the
Minister of National Health and Welfare

90-01763/

© Minister of Supply and Services Canada 1988
Cat. No. H39-120/1988 E
ISBN 0-662-94783-5

Table of Contents

		Page
FOREWORD		4
INTRODUCTION		5
CHAPTER I:	THE ASSESSMENT PROCESS	8
	The Rationale for Assessment	8
	The Assessment Process	9
CHAPTER II:	MANAGEMENT AND TREATMENT OPTIONS	13
	The Determinants of Service Needs	13
	Underlying Principles of Psychogeriatric Care	14
	Resources for Patient Care	14
	A. Psychogeriatric Services	14
	B. Support Services	18
CHAPTER III:	COORDINATION OF SERVICES AND RESOURCES	23
	The Nature of Coordination	23
	The Rationale for Coordination	23
	Barriers to Coordination	24
	What Is to Be Coordinated?	24
	Mechanisms of Coordination	25
CHAPTER IV:	VOLUNTEERS AND VOLUNTARY AGENCIES	28
	The Characteristics of Volunteer Service	28
	The Range of Voluntary Organizations	28
	The Volunteer Workforce	29
	The Scope of Voluntary Work with Mentally Impaired Elderly Persons	29
	The Needs of Volunteers	30
CONCLUDING REMARKS		32
APPENDIX I:	COMMITTEE AND WORKING GROUP PARTICIPANTS	33

Foreword

Most elderly Canadians enjoy good physical and mental health and live independently in the community, without frequent recourse to health or social services. However, the challenge of caring effectively for those who are not so fortunate — and, in particular, for those who suffer from psychiatric disorders — is an urgent and complex one. Urgent, because the aging of the Canadian population brings with it a dramatic increase in the number of persons affected by such disorders. Complex, because elderly people with psychiatric disorders have multiple needs, with different individuals manifesting markedly different patterns of need; and because few of our existing health and social services have been designed or adapted to meet such needs in a comprehensive, coordinated fashion.

The present document draws upon the knowledge and experience of experts from many fields and regions to present a picture of the range of needs manifested by the psychogeriatric patient, and the comprehensive service system required to address those needs. It does not provide a detailed blueprint or standard for service planning and delivery, nor was it intended to; rather, it identifies mechanisms and outlines principles that can be applied in accordance with the varying needs, structures and circumstances of different regions.

A clear understanding of the nature, scope, and components of psychogeriatric care is essential for effective planning and service delivery; we hope that this document will be a useful starting point for all individuals and agencies working to meet the needs of elderly persons with psychiatric disorders.

Special acknowledgements are due to the Committee and Working Group members and other resource persons whose contributions of time, work and expertise made this publication possible. In particular, we would like to thank Committee Chairperson Dr. Henry Kedward; Dr. John Clayton, Consultant to the Mental Health Division; the writer, Ms. Judith Sylph; the Canadian Psychiatric Association's Section on Geriatric Psychiatry, particularly Dr. Rosemary Meier; Mr. Thomas Lips of the Mental Health Division, who coordinated the Committee process and the revision, editing and publication of the final text; and the many professionals, volunteers and government officials who reviewed the manuscript in draft form.

Introduction

Background
Population Projections and Service Needs
Mental Disorders in the Elderly
Foundations of a Comprehensive Approach

Background

The dramatic rise in the proportion of the elderly in the population is expected to continue well into the next century. This will greatly increase the need for certain types of service, and will necessitate changes in service delivery and a rethinking of priorities.

This publication is the result of an initiative taken during the 'Colloquium on Mental Health Care of the Elderly', co-sponsored by the Mental Health Division, Health and Welfare Canada, and the Section on Geriatric Psychiatry of the Canadian Psychiatric Association in October 1983. It was recommended on that occasion that guidelines be developed to outline the essential components of a comprehensive service for elderly people identified as clients or potential clients of mental health services. Working groups were subsequently formed, with resource persons of several disciplines from different parts of Canada. This document is the outcome of their work. It outlines the components of a comprehensive service, identifies types of service, and discusses principles of good psychogeriatric care.

Population Projections and Service Needs

At present, 10% of the Canadian population is aged 65 years and over. This proportion is expected to rise to 14% by the year 2001. Of particular concern is the projected increase in certain subgroups of the aging population. Increasing most rapidly are the numbers of the 'old old' (those aged 85 and older), who are often frail, and whose children may themselves be advanced in years. Elderly women, a large proportion of whom are widowed and living alone, frequently in poverty, will continue to outnumber elderly men, and constitute another large group with few supports. With increasing age there is an increased risk of dementia and other chronic or acute psychiatric disorders, which may require the use of a wide range of health and supportive services over an extended period of time.

Mental Disorders in the Elderly

Systematically collected data on the prevalence of various mental disorders in Canada's elderly population are largely unavailable; this would be a fruitful area for research and the development of data bases to assist in planning. Available evidence suggests that most mental disorders are not more common among elderly people than in the general population. The major exception is dementia, considered the most generally disabling syndrome of late life. Five per cent of the population aged 65 years and over is thought to suffer from mild to moderate dementia, and 5% from severe dementia. In the rapidly increasing group of people aged 80 and over, the rate of severe dementia may rise to 20%. The average survival of those affected is now estimated to exceed five years. The majority of people with dementia are cared for at home, although many in the final stages will require admission to institutional care.

Depression is believed to be a widespread (and possibly underdiagnosed) problem among the elderly, particularly those in institutional care. In many cases it may present as somatic complaints or be mistaken for dementia. Depression in older people frequently responds to treatment, but misdiagnosis may result in lack of appropriate treatment, premature institutionalization or, in more severe cases, death through suicide or self-neglect.

Other psychiatric disorders also occur among older people, including neuroses and personality disorders, many of which may have been lifelong, and late-onset psychoses. Substance abuse and related disorders also occur. In addition, there are psychiatric patients who developed chronic disorders earlier in life and who have survived to old age. Some reside in the community with various supports and interventions; others, more severely disabled, continue to live in psychiatric facilities. This group, which is often not recognized as part of the 'psychogeriatric' population, tends to have very different needs and circumstances from those of elderly persons who became mentally ill or impaired only in later life.

Finally, various disturbances of mental function or behaviour in late life, notably confusion or delirium, may be associated with systemic infections, adverse drug reactions, trauma or surgery. The psychiatric symptoms are often transient and clear up with early and appropriate treatment of the underlying physical condition.

The broad range of clinical presentations, courses and complications found in the mentally disordered elderly requires a special approach, special expertise, and an adapted, expanded range of services; hence the urgent need for appropriate service development and the rapid expansion of education, training and research in the psychogeriatric field.

Foundations of a Comprehensive Approach

The key to good care of the elderly mentally impaired person is comprehensiveness; Table 1 summarizes the characteristics of a comprehensive approach.

Comprehensive services may require substantial modification of conventional service delivery mechanisms, clinical practice or administrative structures. Links must be forged among disciplines, settings, facilities, and jurisdictions. New roles and structures must be developed to facilitate the necessary coordination. Fundamental components discussed include multidisciplinary assessment for coordinated care planning; the use of the catchment area as the basic geographic unit for coordinated services; single-entry service delivery for coordination of care systems; case registries for coordinated record systems; and the use of a case manager to coordinate the care of the individual patient.

While expansion of basic resources will be required on a large scale to meet projected needs, much can be achieved by a more rational use of resources which already exist. However, expansion of educational and training opportunities for those working with the mentally impaired elderly is urgently needed to produce staff in sufficient numbers with the knowledge, skills and willingness to implement the necessary changes. Modifications to present methods of funding must also be considered to encourage the use of such procedures as home assessment, case management, and multidisciplinary team building and education.

Table 1: Foundations of a Comprehensive Approach

- Mental health problems and disorders are addressed in the context of general health care, taking into account the full range of biological, psychosocial and environmental factors which can affect mental health and functioning in late life.
- Treatment and support services are mobilized in a coordinated manner from a wide variety of resources.
- Level of care/service is closely geared to level of need, as indicated by a thorough, systematic, and ongoing assessment process.
- A continuum of services, from minimal community supports to full, specialized institutional care, is available. Patients should remain in the community as long as is feasible and beneficial.
- There is sufficient flexibility to permit rapid identification of, and appropriate response to, changing needs.
- The contributions of family caregivers, volunteers, professionals of many disciplines, and other community resources are valued and supported.
- The rights and best interests of clients are safeguarded.
- The goal is to restore and preserve functioning, promote autonomy, prevent or minimize disability, and enhance the quality of life.

These issues require major decisions at the level of policy making and resource allocation. In some parts of the country, many of the approaches described in this volume have been implemented, or are at the planning stage. Elsewhere the needs of the mentally impaired elderly are only now being reviewed. Services and resources are unevenly distributed across the country, and the framework for the provision of services is very far from uniform. No universally relevant prescription for action can therefore be offered. This publication is designed rather to focus attention on an urgent and growing problem, to emphasize basic principles which should inform psychogeriatric service provision*, and to point the direction for desirable development.

*** Terminology:**

Psychogeriatrics, geriatric psychiatry and geropsychiatry are the somewhat cumbersome terms in current use to identify the psychiatric subspecialty which addresses itself to the care of the mentally impaired elderly. Some or all of these terms are unacceptable in some parts of the country. In this document they are used interchangeably and at all times denote a broad specialty area which concerns itself with all aspects of patient care and functioning. The term 'psychogeriatric patient' also is often viewed as both denigrating and overly clinical; in these guidelines it has been used sparingly to denote recipients of psychogeriatric services, regardless of diagnosis. 'Mental dysfunction', 'mental impairment' and 'mental disability' are likewise used in a broad sense to refer to the acute or residual effects of a psychiatric disorder, whether it be a dementia, a functional psychosis, an affective disorder, or some other condition.

Finally, even the words 'old', 'aging', and 'elderly' have pejorative connotations in some minds, while such inventions as 'senior citizen' may be considered worse. In this document, rather than avoiding familiar terms and labouring to coin a new phrase which will offend none, all of the above have been variously used to denote chronologically advanced age. Their use, however, is prefaced with the acknowledgement that rates of aging vary widely between individuals, and that persons aged 65 and over are as heterogeneous in their needs, activities and preferences as persons at any other stage of life.

CHAPTER I

The Assessment Process

The Rationale for Assessment
A. Diagnosis and Patient Care
B. Efficient Use of Resources

The Assessment Process
A. Setting
B. Content
C. Staging
D. Staffing
E. Use of Standardized Assessment Protocols

The Rationale for Assessment

Assessment is the cornerstone of good psychogeriatric care. Careful, broad-based, systematic examination of the patient is essential for accurate diagnosis and appropriate treatment decisions. Assessment is necessary for determining priority of needs, for establishing competency or incompetency, for patient monitoring, for outcome or program evaluation, and hence for resource allocation. The usefulness of assessment thus reaches beyond the care of the individual patient to service planning, policy development, research, and education. This section discusses two major considerations in the rationale for assessment: the accurate diagnosis and effective care of the patient, and the efficient use of resources.

A. Diagnosis and Patient Care

For the patient, good assessment permits accurate diagnosis, prompt and effective treatment where it is indicated, and the formulation of a management plan which will mobilize available resources and services to maintain patient and family at the best level possible.

Psychiatric disorder in the elderly is often of multiple and complex etiology. Its presentation can be diffuse and confusing. Infections, adverse drug reactions and acute medical illness can present as confusion, and a variety of physical complaints may mask depression. Neurotic, affective and schizophreniform disorders, as well as substance abuse, can produce a markedly different clinical picture in the elderly than in younger patients. Multiple physical disorders may occur with non-specific symptomatology, apparently unrelated to the system or organ implicated. A generalized impairment of functioning may develop, the final common pathway of many disease processes at this stage of life.

Psychiatric diagnosis of the elderly is therefore difficult and must proceed on a broad front. There should be a systematic search for remediable conditions and deficits, physical, mental and social. The approach should include investigation of all symptoms of whatever origin, in the context of the patient's life situation and environment. The skills and expertise of specialists in relevant fields should be used and their joint observations compiled into a single, comprehensive, multidisciplinary assessment. This forms the basis of diagnosis and permits the development of a management plan for the patient.

Assessment includes, but goes beyond, diagnosis. In planning patient care, clinical diagnosis is necessary but not sufficient; a comprehensive functional assessment is also essential. Abilities in a wide range of activities of daily living, including self-care, household tasks and social interaction, are assessed individually or by categories. Each item may be rated or scored according to a standardized protocol. This facilitates a precise analysis and description of deficits and strengths, from which the need for community support services or institutional care can be inferred.

Assessment and Dementia

One of the critical areas in assessment of the elderly is the determination or exclusion of a diagnosis of dementia. Many remediable conditions, particularly depression and certain toxic states, may be misdiagnosed as 'senility'; as a result, effective treatment is withheld. One or more remediable conditions may also be superimposed on an underlying

dementia that is not in itself remediable. Where dementia is suspected, careful assessment of cognitive functioning, mental state and social competence, together with relevant physical investigations, is essential. More than one assessment is necessary to diagnose dementia, as there should be evidence of progressive deterioration of cognitive function. Where a diagnosis of dementia is established, assessment remains important from the viewpoint of management. At this stage, assessment should focus on the dementing patient's level of functioning, and on his/her supports and circumstances, including the family situation. This can determine the most appropriate level and location of care, and indicate what additional supports or services should be mobilized from the service system.

B. Efficient Use of Resources

For the service system, prompt and comprehensive assessment promotes the most appropriate and efficient use of services. Persons who work with the elderly should thus be aware of the importance of early referral for assessment.

A breakdown in an elderly person's domestic situation, for example, may easily turn into a crisis situation and lead, via the emergency room, to the unnecessary, inappropriate, costly and often protracted use of an acute bed in a general hospital. Timely and thorough assessment can prevent this, identifying the patient's real need for community support services on an emergency basis. In the context of a comprehensive service system, assessment can ensure that the appropriate level of care, no more and no less, is offered.

The Assessment Process

Assessment is the first step, but it is also a continuing process which is repeated at appropriate intervals and for different purposes. Assessments vary in their intensity and specific focus; different disciplines, personnel, settings, and techniques may be involved in successive assessments.

A. Setting

Wherever possible, assessment of the elderly patient should begin with a home visit or, failing that, an out-patient assessment. For the old person, even a brief hospitalization can be upsetting, inducing disorientation and premature dependence. Although as a setting for psychogeriatric assessment, the hospital has the advantage of a range of clinical facilities and staff, it has the disadvantage of being unfamiliar and intimidating. This may have an adverse effect on the assessment. Confusion and anxiety may be exacerbated, and the assessor may gain a wrong impression of the patient's capacities. Often an elderly person's coping abilities may be strongly linked to a particular setting, and he or she may be able to perform tasks at home but not elsewhere. Further, irreversible changes may take place in the patient's home environment while he or she is hospitalized; the apartment may be closed, the house sold, or the family may decide that it can no longer manage the elderly relative at home. These events inevitably have a strong, even permanent impact on the patient's morale, condition and progress.

From this point of view, the optimal setting for assessment is generally the patient's home. The usefulness of the home visit is widely acknowledged; however, for reasons relating to geography, current models of health care delivery, policies governing remuneration, and the shortage of appropriate personnel, home visits are not yet common in Canada.

The home visit is a unique source of information for the assessor. The condition of the home can reflect the physical and mental state of the patient; it should also be assessed to determine to what extent it is a resource or a deficit for the individual. Its location, its amenities, and the presence of supportive or hostile relatives or neighbours all have a bearing on the management plan.

In addition, a home visit can enable the clinician or worker to meet relatives and neighbours who can clarify the history where necessary and provide evidence of the patient's support system. It can also offer opportunities to meet with community workers who may have an ongoing role in the patient's care.

Home assessment is equally useful when the patient's home is a residential care setting. Observation of the conditions and quality of life in the facility and discussions with staff who deal with the patient can be extremely helpful in formulating the diagnosis and management plan. The participation of facility staff in the development of a realistic plan is important for their education and morale, and for improving communication with the clinician or clinical team. The benefits for patient care are also considerable: when staff are working with a plan to which they themselves have contributed, implementation is likely to be more effective and complete.

When a clinical setting is required, the office of the family physician may be the least threatening to the patient, but may lack necessary facilities for testing. These may be available at a psychogeriatric out-patient clinic or, where longer-term observation or work-up is required, a day hospital.

Where further assessment cannot be conducted on an out-patient or day basis, the patient may be admitted to an assessment bed on a geriatric ward, or to a specialized unit with a multidisciplinary psychogeriatric team. These facilities are best situated in a general hospital, where all appropriate investigations can be carried out and specialist consultations readily arranged.

Table 2: Settings for Psychogeriatric Assessment

Setting	Advantages
1. Patient's home (including residential care setting)	– Minimal disruption, confusion and discomfort for patient
	– Avoid risk of undermining existing support system
	– Opportunity for first-hand assessment of social and environmental deficits/ resources
	– Improved communication with family, neighbours, local service providers.
2. General practitioner's office	– Relatively familiar, non-threatening environment; familiar practitioner
	– More convenient than home for some diagnostic tests
	– Privacy may be easier to provide.
3. Out-patient psychogeriatric clinic	– Access to specialized multidisciplinary team and other consultants
	– Access to broader range of diagnostic tests.
4. Psychogeriatric day hospital	– Similar to No. 3 above, with the added possibility of longer periods of observation (day only).
5. Psychogeriatric in-patient unit (short-term admissions)	– Similar to No. 3 above, with the added possibility of longer periods of observation (day and night)
	– May provide access to more intensive and specialized tests.

B. Content

Comprehensive psychogeriatric assessment should include medical history and physical examination, psychiatric history and examination with emphasis on mental state and cognitive functioning, and assessment of capacity for self-care and activities of daily living (ADL). Medication use should always be examined, since polypharmacy and adverse drug reactions are common. A social history should be taken and assessment made of the patient's current domestic situation, social network and resources. Both strengths and weaknesses should be recorded. Where possible, collateral and corroborative information should be obtained from relatives, neighbours and community workers. The need for further physical, psychological or other investigations (e.g. tests of vision and hearing) may be indicated by the initial assessment.

Table 3: Content of Comprehensive Psychogeriatric Assessment

- Medical history and physical examination
- Psychiatric history and evaluation, with emphasis on mental state and cognitive functioning
- Review of prescription and non-prescription medication
- Assessment of capacity for self-care and activities of daily living (strengths and weaknesses)
- Social history
- Assessment of domestic situation, social network and resources (strengths and weaknesses)

Examples of further investigations which may be indicated on the basis of the above:

- Tests of vision and hearing
- Psychological and neuropsychological testing
- Various laboratory investigations
- Various physical investigations (e.g. C.A.T. scan)
- Detailed observation of functioning and social interaction

C. Staging

Not all of these aspects are required each time the patient is assessed. Some assessments may be both comprehensive and intensive — for example, to solve a difficult diagnostic problem — while others may be more of a routine review for purposes of monitoring.

The first stage of the assessment process is preliminary screening to establish in broad, general terms the nature of the presenting problem and to determine whether further investigation or admission is required. The initial investigation should be very broad in scope. In a coordinated, single-entry

care system, this initial assessment may provide the sole pathway into all forms of care. When this is the case, it is extremely important that the assessment be comprehensive, covering the physical, psychiatric and social dimensions in some detail.

It should be remembered that being interviewed may be stressful and tiring for the elderly person. Several sessions may be required to obtain the necessary information, and a number of informants (relatives, neighbours, and others) may be needed at different times and places to complete the history.

It may be possible to develop a management plan based on this initial assessment, or the problem may require further investigation. At the next stage, assessment becomes more specific and more intensive, focusing on those factors for which information remains incomplete. The problem is examined in more detail, often using complex or specialized techniques and personnel which may only be available in a clinical facility. These can include laboratory investigations which require careful preparation or the use of medications and therapies where the patient's response must be closely or continuously monitored. More detailed observations of level of functioning and social interaction may also be made by nursing or occupational therapy staff. This stage of assessment may pass through a number of different phases, continuing until a diagnosis can be established and a management plan developed.

All elderly patients should be assessed, and the assessment should go beyond examination of the organ or system under suspicion; nevertheless, complete psychophysiological investigation of every patient is clearly neither feasible nor economical. Complex and costly physical investigations such as computerized axial tomography (C.A.T.) should be used only when indicated as a result of a thorough work-up and appropriate specialist consultation. The number of patients receiving the most intensive level of assessment from highly specialized staff will be small, confined to the few selected cases who have passed through all the screenings and investigations at each of the preceding stages. With increasing demand for limited resources, a balance must be struck between the accumulation of exhaustive and costly investigations for a few and the provision of a basic level of good quality care for the patient population as a whole.

After diagnosis and the implementation of the management plan, reassessment will be required at various intervals to evaluate its effectiveness and the patient's progress. A change in the patient's condition, the conclusion of a specific therapeutic régime or program, or any other occasion which necessitates significant new decisions about management should be accompanied by an updated assessment.

Discharge to the community or entry into long-term care are common milestones for comprehensive reassessment, to ensure that the best management decisions are made. Thereafter, for the patient apparently in stable state and circumstances, in the community or in a residential setting, a limited reassessment or review at three- or six-month intervals should be conducted. In a long-term care facility, regular assessment should be carried out to determine the continuing relevance of the care plan to the patient's needs.

Table 4: Outline for the Staging of the Assessment Process

1. Need for assessment identified (through outreach or casefinding activities, referral, or self-referral)
2. Preliminary screening: Broad medical, psychosocial and environmental assessment to determine the general nature of the problem and the need for further investigation or other action.
3. Comprehensive psychogeriatric assessment by multidisciplinary team and consultants.
4. Additional specialized investigations as indicated.
5. Periodic monitoring and reassessment following implementation of treatment/management plan
   - at milestones (e.g. discharge, admission)
   - at regular intervals (e.g. 3 or 6 months)

D. Staffing

The initial assessment should usually be carried out by the family physician or a community worker such as the public health nurse. Training and/or experience in assessing mental health problems in the elderly is essential. In single-entry care systems, preliminary screening is often undertaken by non-medical assessors or care-coordinators, and their assessment is supplemented by medical information at a later date.

Comprehensive psychogeriatric assessment should be performed by a multidisciplinary team, either on an outreach basis, or in a clinical facility. While some teams make it a practice for all members to go on all or most home visits, usually only

one or two attend. Introducing too many participants to the process over a short period of time may prove confusing and stressful for the patient. Though not necessarily physically present, the whole team is represented in the type of assessment carried out. Standardized, multidisciplinary schedules for interviews may be used; the team serves as the consultant, receiving information from the individual(s) who carried out the home visit, and jointly formulating the diagnosis and developing the management plan. At the more intensive levels of assessment, a great variety of specialists may be involved: geropsychiatrists, geriatricians, neurologists, internists, nutritionists, psychologists, and many others.

Routine follow-up reassessment in the community should be carried out by the most appropriate professional, e.g. the family physician, the public health nurse, or, if the patient has been placed in a long-term care facility, by the staff of that facility. Where a psychogeriatric outreach team exists, it may be involved in community reassessment of some cases.

E. Use of Standardized Assessment Protocols

In addition to the traditional clinical interview, history-taking and observation that form the basis of assessment, there has been rapid development and increasing use of standardized assessment techniques in geriatric psychiatry. Interview schedules and testing and recording instruments of all kinds have been developed to assess mental state, cognitive functioning, mood, social competence and social resources.* These instruments have an important and probably expanding part to play.

Their advantages are several. The standardized interview is compatible with the need for a broad diagnostic framework, for it can ensure a comprehensive and systematic approach in which nothing is left out. High levels of reliability can be achieved with the better schedules and appropriate training in their use. When the data produced are quantifiable, findings can be compared more easily and directly than is possible with unsystematic or anecdotal data. Outcomes of specific programs, medications and therapies can be compared across facilities, settings and provinces. This has great potential for both basic and applied research.

There are also advantages for the education, morale, and optimal deployment of staff. Many schedules are quick and relatively easy to administer and interpret, and can be used by non-medical staff whose opportunities to participate directly in diagnosis are often limited. Their contribution to this key activity can enhance their sense of teamwork, extend their understanding of scientific method and, in some settings, enable clinicians to focus on other specialized activities. Clinicians, too, may find the use of standardized instruments helpful and time-saving.

Where there are few or no psychogeriatric specialists, standardized assessment protocols make it possible for non-specialists to carry out well-focused assessments to assist them in management decisions. A systematized approach to social functioning, for example, may be extremely helpful to medical and nursing staff who have had no formal training in social assessment. Family physicians and public health nurses may thus benefit from the use of these instruments to increase their effectiveness in the diagnosis and management of elderly patients with mental disorders.

The methodology of functional assessment is evolving rapidly and there is at present a profusion of instruments available. These vary in length, complexity, ease of administration, reliability, and validity. They may be more or less suitable according to the particular task and the background of the assessor. Self-rating schedules, for instance, are unsuitable for elderly people with confusion or cognitive loss, and long or unduly complex assessments may upset the patient, exhaust the assessor and result in data of poor quality. Validated instruments which are short, convenient and yet sensitive are the most useful.

---

* One example of a brief, widely used instrument for screening cognitive function is the Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein and McHugh, 1975). Lengthier interview schedules for multidimensional assessment include the Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE) (Gurland et al., 1978).

References:

Folstein, M.F., Folstein, S.E., and McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State." A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatric Research*, 12: 189.

Gurland, B., Kuriansky, J., Sharpe, L., Simon, R., Stiller, P., and Birkett, P. (1978). The Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE) – Rational development and reliability. *International Journal of Aging and Human Development*, 8, 9–42.

CHAPTER II

Management and Treatment Options

The Determinants of Service Needs
Underlying Principles of Psychogeriatric Care
Resources for Patient Care

A. Psychogeriatric Services

1. Essential Functions

a) Diagnosis of difficult cases
b) Development of treatment plans
c) Assessment relating to legal matters
d) Consultation to community resources
e) Research, education and training

2. Essential Components

a) Consultation outreach team
b) Out-patient psychogeriatric clinic
c) Day programs
   i. Psychiatric day hospital program
   ii. Day care
d) Psychogeriatric in-patient programs for assessment and short-term treatment
   i. Functions
   ii. Staffing
   iii. Physical and medical facilities
e) Rehabilitation and medium-stay beds
f) Facilities for long-term care
g) Community liaison/education services

B. Support Services

1. Food
2. Housing
3. Activities of Daily Living and Personal Care
4. Finances and Financial Management
5. Transportation
6. Social Contacts and Recreation
7. Support to Families
8. Services for Special Needs

The Determinants of Service Needs

The supports required by mentally ill elderly people differ greatly from one individual to another and over time. Critical factors are the nature, severity and duration of the illness, along with the patient's circumstances and resources (physical, social, economic and emotional).

Clinical diagnosis is of primary importance, for it determines the direction of the treatment plan. The severity of the disorder is also significant: for example, dementia and depression not only have vastly different prognoses and implications for management but each also has a wide range of severity. The most common forms of dementia are not remediable, but in the early stages many mildly demented people can be maintained at home with only modest supports for themselves and their families. Depression generally responds to out-patient treatment, but the most severely depressed patients may require hospitalization.

Elderly patients with psychotic, affective, neurotic or personality disorders should have access to the full range of clinical interventions used with younger patients; however, these interventions must be adapted carefully. Physical changes associated with aging alter the rate at which drugs are absorbed and expelled by the body, increasing the risk of overmedication. Chronic physical illnesses frequently found in the elderly (e.g. heart disease) and the medications prescribed for them may impose certain constraints on psychopharmacological treatment or the use of electroconvulsive therapy. Age alone should not be viewed as a contraindicator for psychotherapy; however, age-related changes in the speed and style of learning, together with other psychosocial changes, have implications for the pace and approach used in "talking therapies" or behavioural therapy.

Underlying Principles of Psychogeriatric Care

Geriatric psychiatry (or psychogeriatrics) has developed in response to the expanding needs of an increasing and hitherto neglected patient population, and is now an important component of the health and social services. It comprises a body of knowledge on the psychodynamics and psychopathology of old age, special expertise in the pharmacological and psychosocial treatment and management of the mentally ill elderly, and a unique organization of services. It represents an innovative use of existent resources rather than a new specialty, for it has had contributions from many fields and disciplines.

At present, specialized psychogeriatric services are very thinly scattered across the country. They cannot begin to treat more than a fraction of the elderly people with mental disorders. The majority are managed by family physicians, public health nurses, and community support personnel. However, the underlying principles of the specialty can and should be applied by all who plan and direct the management and treatment of mental illness in the elderly.

Psychogeriatric care makes use of a variety of professionals, community resources, and support personnel. Community outreach is fundamental, with home assessment of patients and consultation to long-term care facilities. A broad framework and a multidisciplinary team are used for assessment, treatment and planning. Continuity and coordination in service provision are emphasized.

The aims of psychogeriatric management and treatment include the reduction of distress to patient and family, the improvement and maintenance of function, and the mobilization of the individual's capacity for autonomous living. These should be the goals for all patients, whether living at home or in institutions: a degree of autonomy should be possible in all settings. Independence should be maximized and maintained at the highest level that can be reached. In doing so, only services which are truly necessary should be offered, as it is easy to create dependence.

Much of the content of the management plan is determined by non-clinical factors, such as the person's level of functioning, support systems, and living environment. The domestic situation can constitute a resource or a focus of need. Both possibilities must be taken into account in planning for the patient.

The possibility of rehabilitation should never be dismissed on the basis of age alone, even when the patient is very old. While many elderly patients require long-term or ongoing care, appropriate treatment and rehabilitation services allow many to regain their health and autonomy. Rehabilitation services also have an important role in the maintenance of optimal function in those who cannot progress as far.

Care for the caregivers is a fundamental principle. Families who look after elderly mentally ill relatives need support, advice and assistance to enable them to provide the best care possible and to maintain their own morale. This is also true of caregivers in institutional settings, though the supports needed will differ.

Resources for Patient Care

The resources required to address the special needs of the elderly psychiatric patient are described under two major headings: Psychogeriatric Services and Support Services.

A. Psychogeriatric Services

1. Essential Functions

Since specialized psychogeriatric services are not yet widely available, it is necessary to assign priorities for existing or developing resources. Essential roles and functions are summarized here.

a) Diagnosis of difficult cases: Geropsychiatrists and specialized units offer diagnostic services for patients presenting special difficulty to referring physicians. The patient is referred back to the family physician for treatment, though the team may offer assistance where necessary.

b) Development of treatment plans: The psychogeriatric team may develop treatment plans for implementation by the referring physician or by community workers such as public health nurses. Modalities recommended may include individual or family psychotherapy, behaviour modification, or a combination of special services, such as physical therapies, ECT, psychotherapy and community outreach. The plan should address the needs of caregivers, e.g. by referring the family to a support group, a home care service and/or other community resources. Patients may also require the coordination of services available in a psychogeriatric or geriatric day hospital or in-patient unit, where serious disorders can be treated more effectively with intensive monitoring of physical and psychiatric state.

c) Assessment relating to legal matters: Assessment may be required to determine a patient's legal and financial competence, and families may need to be advised of the implications of legal incompetence and helped with the ensuing complexities.

d) Consultation to community resources: Geropsychiatrists and other professionals with special expertise in mental health care of the elderly can provide consultation to community agencies and programs, geriatric and medical-surgical wards of general hospitals, and long-term care facilities. It is important that such professionals be trained in mental health consultation and accept it as a key function. They may examine a facility's problems with a particular patient, suggesting or developing specific solutions. This may involve proposing modification of the milieu or of staff attitudes, or indicating new therapeutic approaches. Problems of staff-family relations may also be addressed, and efforts made to involve families in the care of their disabled relatives.

e) Research, education and training*: Psychogeriatric services have an important role in the expansion of education and training in the field and in basic and applied research. Few staff called upon to work with the elderly, and in particular the mentally impaired elderly, have had special training for their task. Suitable programs in gerontology and psychogeriatrics must be made more widely available to caregivers of all disciplines through continuing education programs, upgrading, and in-service training. Those isolated from educational centres can make use of tele-conferencing, audio- and video-cassettes, specialized information packages, travelling workshops/consultants, and other approaches to gain access to scarce teaching expertise in psychogeriatrics. Only by such means can the number of appropriately trained staff be expanded in time to meet the increasing need for their services.

Public education on the needs and care of the elderly mentally ill is also necessary; here again, psychogeriatric team members can contribute on a formal or informal basis.

2. Essential Components

The essential components of a comprehensive psychogeriatric service are outlined in this section.

a) Consultative outreach team

The psychogeriatric outreach team provides initial consultation to patients in their own homes or in long-term care facilities. The team ideally comprises a psychiatrist or other physician, a nurse, a social worker, and an occupational therapist. A psychologist may also serve on the team and/or in the out-patient psychogeriatric clinic (described below). The composition of a particular team is less important than its collective experience and training in psychogeriatrics, and its ability to address the full range of issues in assessment, treatment and management. The team may have access to a number of other specialists who join them on an occasional basis. The whole team or a single member may serve as the consultant, as appropriate.

The team provides assessment and develops management plans to avert hospitalization. It may also treat patients who, for one reason or another, cannot come to the hospital, and offer comprehensive management of difficult family situations. The team can act as consultant to non-clinical facilities and agencies. This function takes on even greater importance in jurisdictions which have chosen to develop specialized services within long-term care programs and facilities** as a first line of response to psychiatric disorders.

b) Out-patient psychogeriatric clinic

The out-patient psychogeriatric clinic, whether attached to a hospital or not, offers diagnosis,

---

* A more in-depth discussion of research, education and training requirements in psychogeriatric care is beyond the scope of the present document. It is hoped that these important issues can be addressed in greater detail in a later publication.

** For example, special care units within nursing homes, or adapted homemaker services for mentally impaired elderly persons in the community.

assessment and treatment where a specialized team is required. It is an important resource for community physicians. A medical referral to the clinic is usually necessary, since the treatment program developed requires the physician's ongoing involvement. The clinic may also provide follow-up of certain patients and/or provide emergency services.

c) Day programs

Day programs maintain patients in the community, prevent hospitalization, and offer respite care. They are of two main types, day hospital and day care, each of which offers different services to a different clientele. In small towns or rural areas, the same building may house both.

i. *Psychiatric day hospital program*: This is an appropriate setting for the assessment of patients who require longer observation than is possible in the physician's office or during a home visit. Specific information may be needed, for example, on how the individual operates in group settings, exhibits memory loss, or deals with grief.

Full hospitalization may be avoided through referral to a day hospital equipped to conduct intensive diagnostic work-up and investigate complicating medical conditions. In this setting, detailed psychological assessments, EEG, blood work and daily monitoring of the physical and psychiatric condition can be carried out.

When full hospitalization has been required, the patient can often be discharged earlier if treatment can be continued at a day hospital. A day hospital program can also serve to delay or prevent initial admission or readmission of patients who require more structure and support than is available on an out-patient basis.

ii. *Day care*: For chronically ill patients who no longer need the vigorous medical and therapeutic focus of the day hospital, day care programs offer long-term supportive care. They provide structure, support, supervision and a range of social and recreational activities. Day care programs that have the flexibility and resources to accommodate psychogeriatric patients are a cost-effective way of helping to maintain optimal mental and physical functioning while providing respite for family caregivers. In many provinces day care programs are under the authority of social service rather than health ministries.

d) Psychogeriatric in-patient programs for assessment and short-term treatment*

i. *Functions*: Short-term admission to a psychogeriatric unit in a general or psychiatric hospital may be part of the initial plan for assessment and treatment, or it may be the most useful response to a variety of crises — medical, social, behavioural or domestic. In either situation, it is essential to ensure continuing involvement of, and communication with, the family physician and the chief caregiver, whether a relative or member of staff of a residential facility. All, including the patient, should be encouraged to view the hospitalization as a temporary measure with a specific objective. Care should be taken that no irrevocable decisions are made at this stage concerning the ultimate disposition of the patient's household.The timing and mode of transition of the patient back to the community should receive attention at an early stage. Discharge planning, including contact with appropriate community agencies and personnel, should start at the time of admission.

Short-term admission may sometimes be necessary for reasons related to the caregiving network. Supportive relatives may become ill or die, or the patient's behaviour may deteriorate to such an extent that all caregivers are exhausted or alienated. Although this is perhaps not the most appropriate use of the facility, when the patient's living situation is in danger of collapse, admission may be necessary until the crisis can be resolved. The admission should nevertheless include thorough assessment and appropriate investigations.

ii. *Staffing*: Care is provided by a multidisciplinary team with access to other specialties. A core team generally consists of a psychiatrist, a psychologist, nurses, a social worker, and an occupational therapist; but its composition is less important than its functions. For example, if a social worker or an occupational therapist is not available, it is still essential that each patient's social and family relationships be explored, and that his or her ability to manage the activities of daily living be assessed and supported.

---

* The present document focuses on psychogeriatric services as such. It should be noted that in certain cases where cognitive, affective or behavioural symptoms are believed to result primarily from physical disease entities or toxic states, admission to a geriatric unit may be equally appropriate. Close consultation and cooperation between psychogeriatric and geriatric services is important to ensure comprehensive assessment and planning. For information about geriatric services, see GUIDELINES FOR ESTABLISHING STANDARDS FOR SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS: GERIATRIC UNITS IN HOSPITALS, GERIATRIC DAY HOSPITALS. Ottawa: Health Services Directorate, 1979.

iii. ***Physical and medical facilities***: The psychogeriatric service or unit may take a number of forms. It may occupy a separate facility, use beds on a psychiatric ward, or form part of an integrated medical-geriatric ward. It can be situated in a psychiatric hospital or a general hospital; the latter is usually better equipped to carry out necessary medical investigations.

If the short-stay psychogeriatric in-patient unit is in a psychiatric hospital, sometimes a more suitable setting for patients who require greater security or other specialized resources, the unit should have good access to medical care for acute conditions, and the possibility of rapid transfer of patients who need it.

Nursing staff on the psychogeriatric unit, whether in a general or a psychiatric hospital, should preferably have both general and psychiatric nursing training, as well as experience or training in working with elderly patients.

e) Rehabilitation and medium-stay beds

Rehabilitation of certain patients will require a unit with beds that are available from three months to one year. There is now a general trend to shorten psychiatric admissions to no more than a month. This is too short for some elderly patients who are, nevertheless, not candidates for chronic care. A medium-stay facility allows for rehabilitation involving a whole range of modalities — occupational therapy, recreational programs, leisure planning, and community outings, in a gradual movement towards discharge.

f) Facilities for long-term care*

Long-term care in the patient's own community, based on the provision of appropriate supports, services, and follow-up, should be the first option considered. However, facilities for long-term psychiatric care will remain essential in spite of improvements in treatment, prevention, and community services. The long-term psychogeriatric population is expanding, but it is heterogeneous and requires a range of different environments, programs and degrees of care. There is a need for additional beds for the mentally impaired elderly in nursing homes, psychiatric and chronic care hospitals, community residences, and group homes.

The disposition of psychiatric patients in residential care can present special difficulties. Nursing homes are often reluctant to accept patients with progressive dementia, and those who are totally dependent or seriously disturbed or disturbing. Actual or anticipated problems which can be a focus of concern include aggressive or assaultive behaviour, wandering, incontinence, frequent shouting or crying, irregular sleep patterns, repetitive demands or questions, clinging, refusal or inability to cooperate in tasks of personal hygiene, disturbing behaviour at meals, withdrawn behaviour, anxiety, and delusions. The provision of treatment, follow-up, and consultation by psychogeriatric services can help long-term care facilities to deal with such problems, as can the development of more effective specialized programs, design features and services for residents with depression, dementia or other psychiatric disorders. Recent evidence suggests that a high proportion of residents fall into this category.

For patients whose needs cannot be met through adaptations and services within the nursing home, the chronic hospital may be the only option. Here, too, specialized services and programs are required.

Those who have grown old in psychiatric hospitals or other facilities for chronic psychiatric care are another group. There is a tendency to view the age of sixty-five as a cut-off point at which such patients must be transferred to facilities or programs for the aged. Yet it is neither logical nor humane to create needless dislocation in the lives of those who look on a hospital or community residence as their home. The system which has provided lifetime care for schizophrenic or developmentally handicapped people unable to live independently should retain responsibility for such patients. They should be moved only when their physical or mental state makes this necessary. Functional capacity and degree of disturbance rather than age or diagnosis alone should determine the most suitable setting for long-term care.

No chronic care facility should offer only physical or custodial care. In all settings, physical activities, occupational therapy and recreation should be provided for those who can benefit, in however limited a way. There should be programs for different levels of need, and opportunities to move between them without having to leave the facility. Regular reassessment of residents by an outreach team and/or by the staff of the facility should determine the appropriateness of programming for individual patients as their needs change over time. These aspects of patient care should form part of the writ-

* For more information about long-term institutional care, see GUIDELINES FOR ESTABLISHING STANDARDS FOR ADULT LONG TERM INSTITUTIONAL CARE. Ottawa: Health Services Directorate, 1984.

ten code of standards for long-term care facilities, with funding tied to the provision of an appropriate level of programming, activities and psychosocial care.

Nursing homes and other chronic care facilities should provide a 24-hour-a-day protective environment, an attendant physician with a real interest in the elderly, and access to psychogeriatric services. All long-term care facilities should have formal cooperative links with a hospital whose staff will assume responsibility for outreach and community consultation. Given the limitations of staffing in many long-term-care facilities, the support and timely intervention of psychogeriatric specialists can be of vital importance for both patient welfare and staff morale.

g) Community liaison/education services

Consultation to community resources, education, and training have been identified as essential functions of psychogeriatric services. Accordingly, there should be ongoing mechanisms whereby staff time and resources can be made available for these functions, so that the principles and methods of psychogeriatrics may become better known and more widely practised.

B. Support Services

At each point on the continuum from independent living through to full institutional care, the patient's support needs and resources should be carefully investigated. Needs include food, affordable and appropriate housing, help with the activities of daily living and personal care, transportation, recreation, supervision, social contacts, financial support and management, and help and support for the family. Resources already in place should never be overlooked. When modified or supplemented appropriately, they often prove to be the most flexible, reliable and cost-effective means available for meeting basic needs.

The greatest support for the elderly person in the community is usually provided informally by family, friends and neighbours, with the family carrying the heaviest burden. This support may be supplemented by volunteers from church, municipality or social agencies, or by the formal social service network. None of these in isolation may be enough to meet the person's needs. The management plan should make use of whatever mix of public, private and voluntary services seems appropriate for each patient.

While the object of most interventions is to maintain the patient at home, not all services are or need be domiciliary. Many institution-based services, such as day hospital programs, can play a vital role.

Following is a summary, by category of need, of the range of community supports and interventions generally required. Services in sheltered and residential care settings are also discussed when appropriate. It is important to note that existing support services may require modifications to accommodate persons with psychiatric disorders.

1. Food

Poor nutrition in the elderly is very common and may be due to a number of factors, including inadequate income, lack of transportation, poor sight or inability to cook. Any of these may require intervention. Relatives, friends, neighbours or a visiting homemaker may help with the purchase or preparation of food. A daily hot meal may be brought into the home through a Meals-on-Wheels program, or provided by church or voluntary organizations on their own premises. Most day programs and centres for the elderly offer a midday meal and snacks; some provide training in food purchasing and cooking as part of their life-skills programming.

Whatever service, facility or agency is assigned to feed the patient, it is important to ensure that it is, in fact, performing that function. The case manager should be informed if there is no food in the house, or if the patient routinely leaves most of the Meals-on-Wheels lunch untouched. The reason for this must be determined, so that alternative arrangements can be made.

Depending on the setting and the level of need, residents of sheltered housing, homes for the aged or other congregate or institutional residences may be able to buy and cook their own food, or scheduled meals may be provided in a dining room or a subsidized cafeteria. Common mealtimes permit social contact and a measure of supervision from staff, who can check on residents who refuse food or who fail to appear at mealtime. However, excessive regimentation surrounding meal provision (e.g. lack of choice concerning schedules and menu) can undermine the residents' sense of autonomy. Patients with seriously disturbing behaviours and those requiring individual assistance with eating will require adapted approaches (and, in some cases, separate areas) for meal provision.

2. Housing

For elderly people who continue to live in their own houses or apartments, there can be many concerns. The home may be too large, expensive or difficult to manage, or too isolated. Heating may be inadequate. The physical layout (stairs, narrow doorways, etc.) may pose problems for persons with impaired mobility. Appropriate alterations can make a home safer or more convenient. Many municipal authorities provide grants for the modification of the houses of senior citizens.

Even if it is clear that the house or apartment is more than the patient can manage alone, care must be taken to ensure that it is not disposed of hastily. The deleterious effects on the elderly of moving from their place of residence, particularly when they have been there for many years, are well documented. Arrangements should be made to maintain the patient's household at least through the acute phase until the prognosis is clear and a management plan has been worked out.

When remaining at home has become impossible, even with the addition of support services, the patient, relatives and appropriate staff (e.g. the social worker) should together select the most appropriate available alternative. Most provinces offer a range of subsidized, assisted or rent-to-income housing for the elderly. Residential options usually include separate houses or apartments in areas of mixed municipal housing, complexes for seniors (with or without resident staff and amenities), and homes for the aged or nursing homes, offering different levels of care. (See "Long-Term Care Facilities", p. 17 in this chapter.) Various degrees of supervision can be provided by staff of residential settings; additional safety measures often include a system of emergency bells in the bathroom and bedroom. Other residents can make an important contribution to safety and psychosocial support.

Although institutional care implies the presence of all necessary support services, this is not always the case. The role of the institution as a person's home and a participant in the life of the community should always be of central importance. Scheduling and design decisions, program changes, and transfers from one facility to another should not be made without informed consideration of the possible impact on the mental health of residents. Psychosocial care must be regarded as a key component of residential care.

Access to medical care is important. In some seniors' apartment complexes, medical or nursing staff may have offices in the building. For some clients the choice will be a foster home or supervised boarding home; many of these retain formal connections with the hospital from which the patient may have been discharged. Nursing homes and chronic care facilities have nurses on staff, and usually retain an attending physician. This physician should have experience and interest in working with the elderly, and should have access to psychogeriatric consultation when needed. The availability of consulting services may be a critical factor in determining whether a facility will retain residents when psychiatric symptoms appear or worsen.

Whatever the setting, it is important that the degree of support provided not exceed the patient's requirements, and that he or she be helped to retain and use all remaining skills and capacities.

3. Activities of Daily Living and Personal Care

Help with the activities of daily living may be needed. Often after a crisis involving an elderly parent, adult children who have hitherto played no part in their parent's care may be prepared to do so, at least for a limited period; neighbours may do likewise. Homemakers from voluntary agencies can perform a variety of light household and personal-care tasks, though there may be a lack of flexibility in the timing or types of service which may be provided. Certain personal-care tasks, such as helping a frail or confused person to take a bath, may be outside the homemaker's mandate without special insurance, and help in going to bed may be unavailable because it is required outside of working hours. In such cases, flexibility in service provision may prevent premature or inappropriate institutionalization.

Training in activities of daily living (ADL) can often help the patient who lacks skills or is cognitively impaired to develop simpler daily routines. In some areas, this training can be provided in the home, an advantage in that the patient develops immediately applicable routines and skills. Physical modifications to the kitchen, bathroom and other areas can simplify tasks.

Heavy cleaning and household repairs and decoration can be difficult for the elderly person living at home. Even changing a light bulb may be a problem. Though often difficult to obtain, this type of service must be considered an essential part of a comprehensive home support service.

In institutional settings, help with personal care and activities of daily living should be available

from staff, other residents, and/or statutory, private or voluntary services, according to the individual's requirements.

4. Finances and Financial Management

Disorders characterized by declining mental powers and confusion create an increasing need for assistance with financial matters, either in day-to-day budgeting or in relation to longer-term money management. Elderly widows may have left such matters to their spouses, and now need help. Others may be out of touch with current financial provisions for their age group. The range of different benefits and eligibility criteria may be difficult to grasp, and there may be additional factors that deter old people from seeking financial support. Today's elderly were young during the Depression, and many still retain their earlier views about dependence and charity, unable to perceive that old-age benefits are theirs by right. They often retain negative feelings about state financial provisions and may fear means tests, loss of privacy, or confiscation of other income, e.g., war pensions or benefits from another country.

Elderly Canadians who are immigrants may be unfamiliar with Canadian social provisions or unable to fill out forms or enquire about their rights because of language barriers. While their children or relatives may help out, they, too, may be unfamiliar with the system.

Help with budgeting and day-to-day expenditures may be available in day care programs. The social worker can also help with financial matters, advising the client, referring relatives, or applying for special grants or allowances. A good working relationship between a psychogeriatric service and the local Departments of Welfare and Social and Community Services is essential.

For residents of nursing homes or homes for the aged, in the absence of other arrangements, finances may be managed by the home administrator, or the social worker may assist with money matters. In some facilities, volunteer accountants offer free income tax help.

If the patient is legally competent but experiences serious problems with money management, a trusted family member may be granted power of attorney. When the patient's problems are severe and the condition appears unlikely to improve, it may be necessary for the patient to be declared incompetent. The implications of this require careful explanation to the family by someone fully conversant with the applicable provincial legislation and procedures.

The determination of the patient's competency or incompetency depends on many factors beyond the psychogeriatric diagnosis. The ability or inability to be responsible for oneself and make reasonable judgements depends on the activity involved (e.g. incompetency may extend to financial decisions but not to decisions regarding treatment). A specialized, comprehensive assessment is essential. There are advantages and disadvantages to each of the legal procedures which can come into play: power of attorney, trusteeship, guardianship or partial guardianship of the person. A strong case can be made for using methods of partial guardianship for fixed periods of time, with requirements for periodic review.*

5. Transportation

All prescriptions for service for psychogeriatric patients which necessitate their leaving home must first ensure that suitable transportation is available. Disorientation and other symptoms associated with mental disorders frequently make it impossible for the patient to travel unaccompanied; transportation thus becomes another responsibility borne by the family. Without adequate transportation services, the possibility of maintaining patients in the community is greatly reduced.

In many urban areas, public transport may be plentiful and fares either subsidized for the elderly or entirely waived for the handicapped. Other approaches include subsidized taxi services or specialized transportation services for the disabled, sponsored by voluntary agencies or municipalities. The main disadvantage of many of these schemes, other than cost, is often their lack of flexibility: the individual may have to book far ahead, or use the service for 'essential' purposes only. In some jurisdictions, moreover, criteria for eligibility for subsidy are too restrictive and extend only to the physically disabled. In these circumstances, transportation for the elderly mentally ill to day programs may need to be provided by the institution offering the program. Non-clinical facilities such as day care or seniors' centres, which offer recreational and social activities of therapeutic value to the depressed or iso-

* For a fuller discussion of legal issues, see "Legal issues in the care of mentally impaired persons: competence, surrogate management, and the protection of rights," Working Group on Legal Issues, Canada's Mental Health, Vol. 35, No. 2, June 1987.

lated elderly person, generally lack the resources to provide transportation regularly, unless the voluntary sector provides major practical and financial support. It has been suggested that the provision of subsidized transportation for the elderly mentally disabled should be assumed by departments of transport or underwritten by ministries of community and social services, and that mental impairment be recognized as a criterion of eligibility for assisted transportation.

6. Social Contacts and Recreation

A variety of agencies provide social and recreational opportunities for elderly people. Seniors' groups, voluntary organizations and educational institutions offer a range of activities for the less disabled in most communities. For others, recreational and social activities are usually available in day care programs. Arts, crafts, cooking, exercise, and community activities and outings are commonly offered and may form an important part of the patient's management plan.

For those who cannot leave the house, voluntary organizations or church members may do friendly visiting. Routine visits by the family physician and public health nurse are also valuable as supportive social contact.

Seniors' facilities should provide social and recreational programs of various types. These may be organized by facility employees, voluntary agencies, municipal departments of parks and recreation, the United Way, seniors' councils, interagency subcommittees, or by committees of residents themselves. The needs of mentally impaired residents in this regard should be carefully considered.

7. Support to Families

Support should be provided when necessary for those who care for the elderly mentally ill at home. Most undertake the responsibility willingly and are prepared to continue in difficult circumstances, dealing with incontinence, wandering or difficult behaviour, often for years. This may be a heavy burden for the family, financially, socially and emotionally. Relatives have to modify their lives in various ways, often giving up work, reorganizing the household and seriously restricting their own family and social life. Heavy physical effort is also involved in lifting and changing the helpless and in dealing with the additional laundry produced by incontinence. It must be remembered that the caregivers of elderly parents may themselves be in their sixties or seventies.

These families have a great need for information and understanding from the professionals dealing with the patient. This has not always been forthcoming. Psychogeriatric service staff and family physicians must keep the family informed of the prognosis, implications and progress of the illness; they also need to know of services, equipment or techniques which can help them to cope with such problems as incontinence, lifting and difficult behaviours. The family should be told about the support services and programs available, about the role of public health and community nurses, and about all relevant voluntary organizations.

Respite care is invaluable in preventing or delaying institutionalization. It can be provided in a day- or in-patient unit, and may also be available in the home on an ongoing or emergency basis. Wheelchairs and other equipment may be borrowed from the Red Cross, or from departments of public health.

The family may need help in dealing with feelings of guilt, anger, or frustration, particularly if the elderly person's illness is severe and protracted. Formal family counselling or therapy may be provided by the psychogeriatric service or through referral. Support and understanding from a peer group, such as the Alzheimer Society, can be extremely helpful.

Finally, caregiving relatives need to know to whom they can turn in an emergency or when the patient's condition or their circumstances change. This will often be the family physician. When a psychogeriatric service is involved, a named contact person, preferably the case manager, should provide continuity and ongoing contact between the family and the outreach team, arranging reassessment of the patient when necessary.

8. Services for Special Needs

While the mentally impaired elderly as a group are underserved, certain subgroups may be especially deprived. Among these are ethnic minorities with communication difficulties related to language and culture. While mental health services for minorities have been established in some urban areas with large immigrant populations, few have resources for psychogeriatric care. Many nationalities remain under- or unserved, particularly recent immigrants and those from Third World countries.

The need for psychogeriatric services for immigrants is considerable. Elderly immigrants some-

times find it extremely difficult to adjust to life in Canada, and can become increasingly isolated and alienated, even from their own families. The gulf is greatest where the cultural differences between Canada and the country of origin are most marked. For different reasons and to different degrees, elderly native people may also experience severe alienation, particularly in urban areas. They face similar obstacles in obtaining appropriate services.

The implications with regard to psychogeriatric care are several. Some ethnic groups view mental illness and psychiatric treatment in a particularly negative light. Certain psychiatric therapies and modalities may appear incomprehensible or suspect. If no one speaks the patient's language, most programs will be incomprehensible. Long-term care may have especially shameful connotations, so that families may find it hard to maintain contact with institutionalized relatives. The ensuing linguistic and social isolation inevitably exacerbates the individual's mental and emotional disturbance.

The solutions to these problems are not easy. In the absence of appropriate transcultural mental health services, the help of ethnic service personnel or volunteers should be sought. In addition to translation, they should provide if possible 'cultural case management', interpreting actions and implications and helping service providers to understand the patient's needs and orientation.

Public education about residential care may be necessary for relatives, and as always the alternatives to admission should be fully explored. For example, provision of more appropriate housing may make it possible for the patient to remain at home.

Other hard-to-serve groups include those with such disabilities as impaired vision or hearing. Again, health professionals must seek out and work with those who can communicate with the patient. As with immigrant and native groups, the treatment of these patients requires determined and coordinated efforts at outreach.

CHAPTER III

Coordination of Services and Resources

The Nature of Coordination
The Rationale for Coordination
Barriers to Coordination
What Is to Be Coordinated?
1. Policy and Planning
2. Resources
3. Programs and Services
4. Information

Mechanisms of Coordination
1. The Catchment Area
2. Single-Entry Delivery Systems
3. Case Management
4. Case Registries and Patient Tracking

The Nature of Coordination

Coordination occurs when organizations with common goals work together in an effort to realize them more effectively. Participants agree to collaborate on some or all aspects of service delivery and/or the development and use of their resources. There may be joint procedures, policies, locations or other arrangements, or the sharing or redistribution of resources, clients or information. Collaboration may be undertaken on a voluntary or mandatory basis, informally or with all roles, rights and tasks precisely assigned. The coordinated structures so developed may range from a loose-knit coalition or federation in which all members retain autonomy, to an integrated 'superagency' which subsumes the powers and activities of participants under a new joint mandate.

An appropriate administrative structure does not guarantee the success of service coordination. This is determined more by the commitment of participants and the growth of effective working relationships between them. Absence of competition or conflict between members is not an essential condition, for, provided there is firm ideological and operational commitment to the principle, differences can serve as a stimulus. Similarly, the homogenization of services is not an inevitable by-product of coordination.

Since it is a complex procedure which may involve mutual adjustments and readjustments, successful service coordination demands an investment of time and energy and cannot be instantly legislated into being. The return on this investment can, however, be considerable for both the clients and the service system. Because of its complexity and comparatively high cost to participants, coordination is only now beginning to be developed on a large scale.

The Rationale for Coordination

While a case may be made for the coordination of human services in general, it is particularly appropriate for the elderly mentally ill, who tend to have multiple or ongoing service needs. No one agency is capable of meeting all patient needs and, although they may serve the same clientele, agencies may have widely different mandates, funding sources, staffing and criteria for service. Moving between them may be extremely difficult for the elderly patient who is confused and frail. Agencies from different service systems tend to operate in isolation from one another. The division of responsibility for care (e.g. among hospitals and community agencies, or between the long-term-care system and the mental health services system) is frequently uncertain, and opportunities for effective collaboration often remain unexploited. Service providers may be poorly informed of one another's role or even existence, and mechanisms for patient referral and monitoring or the feedback of information may be undeveloped or inappropriate. There may be little continuity of care, delays in obtaining treatment, or under-servicing. Even when all needed services are available, they may remain, from the perspective of the patient, fragmented, incomprehensible and, ultimately, ineffective.

From the viewpoint of service providers, coordination has a powerful logic:

- Service coordination permits overall planning to facilitate the most appropriate development and distribution of scarce resources.
- It can help to ensure that services are available to all sections of the population and that none is neglected or overserviced.
- Priorities can be designated, based on a broad perspective of community needs.
- Efficient mechanisms for interagency referral, information sharing and assigned accountability for patients can facilitate patient monitoring and continuity of care.
- Joint funding arrangements and the sharing of resources can help to eliminate duplication and gaps in service.

Barriers to Coordination

The barriers to coordination tend to be structural or ideological. In Canada, many of these originate in the multiplicity of jurisdictions responsible for human service provision. Federal, provincial and municipal governments may have conflicting or overlapping areas of responsibility. There may be incompatibilities among the frames of reference, orientations, funding policies or target clienteles of the different levels. At each level, jurisdiction for services tends to be divided among different ministries, each with its own ideology, mandate and methods. Outside the public sector there are private and voluntary networks with yet more administrative and philosophic differences.

These structural divisions impose an unnecessarily rigid framework on service provision which makes coordination difficult. For example, the ill and well elderly are typically dealt with under different jurisdictions, as are 'psychiatric' and 'support' services.

In addition to these divisions and the natural resistance to change, agencies may be concerned for their autonomy, ideology, professional orientation or clientele. They may fear that coordination will involve a loss of power and control over their resources and working methods. These are valid concerns which must be addressed.

What Is to Be Coordinated?

Services can be coordinated at a number of different levels, from overall planning to the management of the individual case. Joint policies can be developed, resources pooled, information shared and programs and patient care integrated to different degrees. The most effective coordination requires the linking of each of these major functions and collaboration at all levels.

1. Policy and Planning

For best results, services should be coordinated at the policy level as well as the direct-service level. Coordination at the level of policy and planning is critical, for without it, agencies may be restricted by lack of power, decision-making capacity, and funds. With the endorsement of their respective administrations, participants can attempt more ambitious types of integration.

2. Resources

When agencies hold values and priorities in common, the linking of resources provides the united strength which is one of the main justifications for service coordination. Integrated funding permits activities on a scale previously beyond the range of each agency in isolation, and attention to previously neglected problems and clienteles.

Considerable economies can be achieved through the pooling of resources. This may include the sharing of a location or physical plant and related facilities such as transportation, joint purchasing, accountancy and security services. These savings on overhead can increase significantly the funds available for service improvement and expansion.

3. Programs and Services

Programs and services that are coordinated can begin to constitute the elements of a comprehensive service system. Weaknesses in the system can be identified and more readily corrected when services are operationally linked: with the possibility of mutual adjustments between agencies, a more even distribution of services can be achieved. Inevitably this will involve changes for some agencies, which may be required to alter their program.

Continuity of care also becomes more attainable in a coordinated network. Pathways through the system can be clearly defined and services made available in their proper sequence; information can move more easily and clients are less likely to get lost. While all this can be achieved to a degree through informal arrangements, it is better for mutual understanding and morale when roles and tasks are clearly defined through contracts; this approach can ensure that expectations remain realistic whatever difficulties may later ensue.

The special arrangements for coordination can include the adoption of standardized protocols for referral, information management and consultation. Activities such as participation in board meetings, joint planning, review committees and case conferences may require that agencies designate staff with special responsibility for these functions.

4. Information

Communication is critical to effective coordination. A flow of information between agencies is particularly important to patient care or programming. To provide comprehensive and continuing care, agencies must collect, process and circulate information on shared clients on an ongoing basis: to operate as a coherent service system, participants must be fully aware of the activities and services that each offers.

The coordination of information may have different levels of sophistication. Basic components include the development of standardized procedures and documentation for patient intake, referral and evaluation, protocols for the feedback of data to referral agents, and arrangements for the centralized collection and distribution of information. Basic decisions include the choice of data content and format, whether data should be collected by professional or support personnel, and how the information system should be maintained and made accessible. Computers and the development of data bases and program or case registries can add flexibility and range, though particular care must be taken to safeguard the confidentiality of the information.

Mechanisms of Coordination

1. The Catchment Area

The catchment area is a concept that many consider fundamental to coordinated service planning. A catchment area geographically delimits a population for whom services are to be provided. The area may encompass a city, or it may be an outlying rural area or a particular region of a province. Large metropolitan centres may have to be subdivided into several catchment areas. In each case, like the police or fire departments, the health and social services take responsibility for providing comprehensive services for all people within each clearly defined area. Geographic characteristics, existing service jurisdictions, transportation patterns, population distribution and other factors must be taken into account when determining the size and boundaries of a catchment area. This requires the active involvement of persons familiar with the local area and its service systems.

Since the size and demographic and social composition of the area are known, more rational planning and development of resources and services can take place. A numerical base for planning psychogeriatric services can be established by applying what is known of the epidemiology, natural history, and survival rates of mental disorders in later life to the number of persons over sixty-five in the population. Further refinement can be added with data on existent services and utilization patterns in the area, and more detailed information on the socioeconomic composition of the population to be served. The proportion of persons aged sixty-five and over relative to the rest of the population is important in that it can determine both the size of the funding base and the likely degree of pressure on facilities for the elderly.

In addition to providing a useful framework for service planning, a catchment area establishes eligibility for care. Accessibility is improved, as patients know where they are supposed to go and have the benefit of being served in their own neighbourhood. The catchment area can promote continuity of care by permitting the development of single-entry service systems and clearly marked pathways through the system.

A catchment area also defines the accountability of service providers, who become responsible for all patients in their area. It becomes more difficult for particular populations to be neglected when each geographic area has its assigned services. If the catchment area forms part of a larger organizational unit, such as a district or region, it is not essential for each area to possess the whole range of services. The resources of the larger geographical unit can be linked regionally, so that all catchment areas have access to all key facilities, though not

necessarily within their own boundaries. This is the case in Manitoba, where catchment districts for long-term care are operationally linked within seven large regions covering the whole province.

However, there are problems inherent in the catchment area concept. The division into catchment areas presupposes an organization of health and social services which can be conveniently rearranged in this way, but such is not always the case. Existing boundaries determining the scope of various health and social services may correspond to natural divisions based on geographical or historical patterns, but are more often administrative constructs imposed by governments, local health councils, hospital or other boards, or individual programs. In some provinces there are catchment areas for psychiatric services, long-term care and home care, but these do not necessarily have the same boundaries. Community mental health teams do not always operate within the same catchment areas as hospital-based psychiatric services, and may lack access to hospital beds nearby. Coordination of services for the elderly mentally ill thus becomes difficult.

The relocation of patients may also pose problems unless the catchment area concept remains flexible. Criteria of eligibility for services may differ between areas, as in different provinces, and patients may have a lengthy wait before receiving services in a new area. Other problems may arise in areas with extremely large elderly populations, or with prestigious facilities which attract patients from afar.

Such problems can be reduced significantly through negotiation and cooperative planning. Because elderly people with mental disorders require the whole range of health and human services appropriate for their age group, and are as likely to be referred for failure to cope with the activities of daily living as for psychiatric treatment, effective and comprehensive care is best achieved when all relevant services (not just formal psychogeriatric services) are coordinated within a catchment area.

2. Single-Entry Delivery Systems

Single-entry delivery is a means of controlling and monitoring the use of services within a coordinated service system, such as a catchment area. There is only one route into the system and it gives simultaneous access to all services. This considerably simplifies the role of the patient, who does not have to determine which service is required, but need only come to the entry point. It also ensures that a reliable, consistent and comprehensive assessment of clinical and social needs and service eligibility can be made, followed by referral to the appropriate service(s).

The single-entry mechanism defines referral paths clearly and controls access and flow to the services within the system, so that demands on any particular facility or agency can be regulated. It also allows data-gathering and the development of a comprehensive picture of a community's service needs and resources over time; this facilitates more rational planning. In its daily operation, it can ensure that the services offered are matched as well as possible to the level and nature of the patient's needs.

The success of a single-entry system rests on the quality of service coordination within the system and, in particular, on the channels of communication among services. Continually updated information on patients and the status of services must be circulated through the system. Its content, format and the channels along which it is circulated must be jointly decided by all participants at the time the system is established.

3. Case Management

The term 'case manager' must be used with care. It may denote the person with ultimate responsibility for the patient, usually the chief clinician. More frequently, and in this discussion, it describes the coordinator of the care of the individual elderly, mentally ill patient, who may require many different services simultaneously or over extended periods of time. The case manager ensures that patients receive the treatments and services they need and that clinicians and caregivers are kept informed of outcomes.

The case manager, typically a member of the psychogeriatric team, has responsibility for the collection and distribution of information about the patient, on which the team's actions are based. The role is primarily one of communication and coordination rather than decision making, although the case manager may have participated with other team members in the development of the care plan for the patient. The case manager is responsible for implementing the plan, arranging necessary services, steering the patient through administrative and other hazards, monitoring progress, and reporting back to the team.

The case manager is accountable to the team to keep it informed, especially when there are problems in implementation or when the patient's needs change. In such cases, the case manager may act as advocate, but has no unilateral authority to change the plan, only to monitor and report on it.

The case manager may be a nurse, social worker or other staff member with experience in active patient care. Administrative personnel are less suitable. Where there is no psychogeriatric team, an agency may coordinate the patient's care. Frequently the family physician serves as both clinician and coordinator, though this dual role is in many cases too time-consuming.

Continuing contact between the patient and the family physician, either directly or through the case manager, is most important. The family physician should participate in decision making, particularly where the coordination of long-term care is done by non-medical workers.

Close relatives of the patient may perform some of the functions of the case manager. Though limited by lack of clinical knowledge and authority, they can nevertheless help to ensure that the patient does receive the services prescribed, and keep the treatment team informed of events or changes requiring action.

In summary, case management is an excellent mechanism of coordination at the level of the individual case when a multiplicity of services is needed. With an effective case manager, the patient is never lost to the system. The patient, the family and the treatment team know that there is an assigned person responsible for overall care. Things are done at the right time and duly reported back, providing an informed basis for subsequent decisions.

4. Case Registries and Patient Tracking

The case registry can play a useful role in both case and program coordination. Its forms and purposes are varied, but its basic function is to maintain information on patients which is available to service providers under certain circumstances. It can permit the tracking of patients through the service system and maintain a record of service utilization. This information can provide the basis of a data bank which can be used in research and for service planning.

Case registries may contain minimal information. The Manitoba Home Care Registry, for instance, contains only the names of clients. Alternatively, registries may be planned as regional or local information systems with considerably more data. Records may be kept of treatment and services received, ensuring that patients are not simultaneously referred to different facilities and that investigations are not duplicated, a real possibility where elderly patients live alone and are confused or have memory loss.

Case registries, however, require careful planning and management, for they present a number of potential problems. Where considerable amounts of information are recorded, confidentiality must be considered and appropriate ethical and technical safeguards built in. A registry is different from a physician's case notes in that it is more widely accessible, particularly when computerized. It may be objected that the listing of patients with mental illness or in psychiatric treatment constitutes an infringement of civil rights.

Secondly, if a registry is to be most useful, it should ideally link all types of services and records. This can only be done through the use of a unique patient-identifying number such as the social insurance number (SIN); this approach remains controversial because of concerns surrounding confidentiality. A more limited type of registry, e.g., by program only, though less useful, may be viewed as less objectionable, particularly if it does not identify psychiatric patients in any conspicuous fashion. A registry of patients requiring long-term care, including but not limited to psychogeriatric patients, may be considered more acceptable. Modified, service-oriented linking of the records of such programs as home care can facilitate case coordination.

Opinions differ as to the propriety of recording detailed service information in a case registry. Detailed information, where it has been recorded, could be made available for research with names and addresses deleted. However, information on individual patients must not be released without formal permission. Strict controls should be in place.

A final problem of case registries can be the quality of their information. This of course depends on the efficiency and reliability of the system's management.

CHAPTER IV

Volunteers and Voluntary Agencies

The Characteristics of Volunteer Service
The Range of Voluntary Organizations
The Volunteer Workforce
The Scope of Voluntary Work with Mentally Impaired Elderly Persons
1. In Institutions
2. In the Community

The Needs of Volunteers
1. Training
2. Supervision
3. Mandate
4. Addressing Legal and Financial Issues
5. Support and Recognition

The Characteristics of Volunteer Service

The vital principle underlying volunteer service is the improvement of society through the donation of time, goodwill and energy in the service of others. In the care of the elderly it can bring special and much-needed qualities to enrich and humanize services. When trained personnel and other resources are in short supply, the efforts of volunteers can greatly improve the quality of life and care of large numbers of mentally impaired elderly people.

Volunteers have an extended history of care for the sick and aged, long antedating the efforts of government in this field. Through voluntary activity, citizens participate in the affairs and service of the community and are sensitized to the needs of other groups and sections of society. Volunteer service encourages the growth of a concerned community spirit and can be a powerful force in community development. It benefits clients, volunteers, the service system and society as a whole. Voluntary activity should not be thought of as a separate or competing sector, for it permeates and strengthens both public and private service systems.

In comparison with paid employees and directly funded or contracted agencies, voluntary agencies have a certain freedom of action within service systems. Voluntary services can be provided more flexibly, at unorthodox hours and places and in imaginative new formats, tailored to clients' needs. These innovations provide a stimulus to service development.

Their independence often permits voluntary organizations to mobilize resources more quickly than statutory agencies can. Voluntary bodies can be rapidly constituted to meet emergencies; after fulfilling its mandate, the voluntary body can disband with equal speed.

Finally, volunteer service is an essentially normalizing force. Volunteers are the representatives of the ordinary world in systems which can become remote, impersonal and uncaring. Their special strength is that they are not professionals and not part of 'the system.' They are able to offer friendship, service and support in ways that are very different from the help of professionals, and their help may be more immediately understandable by the recipient.

The Range of Voluntary Organizations

There is a wide range of voluntary organizations working with the elderly. Some have voluntary work as their main focus, while others, such as church or community groups, may view it as an important but essentially subsidiary activity. Some may work directly with patients, others at the level of policy and planning. In some municipal areas, Social Planning Councils with voluntary board membership direct subcommittees and planning groups with special responsibility for the elderly and may have close links with a range of voluntary associations and other services offering transportation, meals, socialization and recreation. Municipalities may sponsor special volunteer programs for the

elderly, such as foster grandparenting or intergenerational programs.

Golden Age Clubs and other groups for retired people are found in most provinces. Most are social or recreational and do not address the special needs of the mentally ill or confused. Some, however, offer outreach programs of friendly visiting or daily phone calls to shut-ins. Many hospitals, nursing homes and homes for the aged have their own corps of volunteers active in social and recreational programming or fundraising for the facility.

The Volunteer Workforce

According to a Statistics Canada Labour Force survey in 1980, some 2.5 million people, or 15% of the adult population, worked as volunteers during that year. Volunteers contributed a total of 3.5 billion dollars worth of labour to the country, or 3% of its gross national product.

Uncounted in such surveys is the largest group of "volunteers"working with the elderly. This is the natural support network of relatives, friends and neighbours who, unconnected with any agency or voluntary organization, provide the bulk of community services for old people. Their care derives from love, family responsibility, neighbourliness and community spirit.

Formal volunteers may select a particular type of service or setting for different reasons, e.g., the proximity of the hospital to their home, their preference for a particular age or activity group, or their prior experience in a certain field. Such motivation may be a critical factor in the quality, frequency and intensity of the service. Volunteers working in a field in which they have had direct, personal experience are often the mainstay of mutual aid groups such as Widow-to-Widow support groups or the Alzheimer Society. Experience gives them a particular sensitivity to service issues and needs.

Another important category is the student volunteer. Some may be on field placement as a course requirement, while others elect to do voluntary work for reasons of altruism, to broaden their experience or to prepare for their future career. Student volunteers can be a most positive force in work with the elderly.

Geographically, there is an unequal distribution of volunteer strength across the country. Although this may be due to differences in population structure, it may also derive in part from historical and cultural differences. Since a greatly expanded volunteer force will be required in the future, attempts must be made to attract and recruit new volunteers on a large scale. The range of potential volunteer roles requires careful examination; the person lacking one set of volunteer skills may well be able to contribute in some other way. It is important to note that clients who can become involved in volunteer activities may find their ability to help others a great source of satisfaction.

The Scope of Voluntary Work with Mentally Impaired Elderly Persons

1. In Institutions

In long-term care facilities, volunteers extend the limited resources of the institution. They can work directly with staff, helping with non-nursing patient care, though union or professional regulations may limit their role. They can make a major contribution to social and recreational programs, or work to improve the physical environment and quality of life of residents. As informal representatives of the public interest in the institution, they may on occasion draw attention to abuses or conditions and procedures that should be changed.

2. In the Community

In the community the range of activities undertaken by volunteers working with the elderly is almost limitless. They can run clubs and drop-in centres, support groups, and specially designed services for seniors, such as telephone security and contact services, Meals-on-Wheels, transportation, information, counselling and advocacy services.

Practical help of many kinds can be provided with activities of daily living, shopping, and home maintenance. Such services may be neither complex nor difficult, but are essential for survival in the community and rarely available on an ongoing basis from formal service systems. Included are monitoring tasks such as checking on the client's supplies of food and basic necessities, and calling relatives, the doctor or the case manager when necessary.

Volunteer friendly visiting can be a most valuable service for isolated and depressed elderly people in the community. Initiating the relationship with the client may be difficult because of the latter's nervousness about admitting a stranger to the house, or because of cognitive impairment. For the volunteer it can be a somewhat lonely task; the pairing of volunteers can be helpful. When two are acquainted with the client, one is almost always available when needed, and if one leaves the program, a measure of continuity can be preserved. The client also has the stimulus of an additional relationship.

Short-term respite care can be provided in the home by volunteers who assist or stand in for the chief caregiver. Another possibility is regular or emergency respite care in a central location staffed by volunteers.

Some important voluntary organizations (notably the Alzheimer Society of Canada) make contributions on several fronts: mutual aid and support for family caregivers at the local level; innovative demonstration projects in service delivery; public education and advocacy; and the support and promotion of relevant research.

The Needs of Volunteers

Although capable of great flexibility, volunteer programs must be carefully planned with regard to their content, format, worker selection and clientele. Working with elderly clients who are depressed, cognitively impaired, or suffering from other psychiatric disorders places special demands on volunteers and volunteer programs. For greatest effectiveness, volunteers should be recruited and selected with specific tasks and clienteles in mind. They should be provided with appropriate orientation, training, ongoing supervision and support, and should be accorded due recognition by the agency, service, institution or community for which they work. Volunteers should be given a clear mandate specifying their tasks and expectations and the nature of their relation to staff, agency, and clientele.

1. Training

A volunteer program should have a firm commitment to education. Volunteers should receive initial orientation to understand the program's goals, methods and procedures, including its lines of communication and authority, its place in the service system, and its relation to other agencies and organizations. A basic understanding of the client group's needs and characteristics should be imparted. The volunteer's role and responsibilities regarding such policy issues as confidentiality should also be discussed.

The training of volunteers is the responsibility of the recruiting agency or organization. It may be carried out by the coordinator of the volunteers, agency staff, or a local community college or university, depending on the nature of the work and the level of proficiency required. Often the volunteer may learn most from working alongside staff on the job; on the other hand, training may be more formal, with lectures, seminars, and the granting of certificates or university credits on completion. Such courses can provide the volunteer with an extensive background for the task, together with a sense of the seriousness and value of voluntary activity.

There are some disadvantages to extended, formal training. First, it inevitably leads to the exclusion of a large number of potential volunteers of limited educational background, whose orientation is towards the practical rather than the academic. This may be a serious loss to the program. Formal programs and standards of training may also result in the production of a species of semi-professional and, to some extent, the loss of some of the positive features of the voluntary worker.

Whatever its form or content, volunteer training should be free, credible and, most important, useful. It should provide all necessary information on the specifics of the task to be undertaken, discuss common problems and their solution, and offer advice on useful procedures and techniques, e.g., for lifting a patient out of bed or addressing persons who are hard of hearing. The role, status and mutual relationship of volunteers, staff and clients should be made clear, and the program's values explored. After training, additional educational opportunities should be provided from time to time.

2. Supervision

Volunteers must be properly supervised. The coordinator of volunteers should be thoroughly familiar with the qualities, experience and training of each volunteer, and sufficiently familiar with the clientele to be able to anticipate and monitor difficulties.

Volunteers should have a clear understanding of the program's line of authority. They should know their supervisor and the program's coordinator, and to whom they should report contingencies such as a sudden change in a client's health. While the supervisor and coordinator should be the first persons they consult, volunteers should also have access to agency professionals for consultation and back-up when needed.

3. Mandate

The mandate of the volunteer should be clearly set out in a written job description specifying the volunteer's work and role, the time-frame, and the frequency of the activity. This is essential for program planning: random appearances lead to poor coordination and an uneven program. A written

agreement also helps volunteers to become comfortable and confident in their roles, by clarifying the program's expectations.

It may be preferable for the term of service to be divided into relatively short units of time, open to renewal, with different rotations to vary the tasks. This can help to maintain enthusiasm and energy.

4. Addressing Legal and Financial Issues

Voluntary organizations should have clear guidelines with regard to such issues as legal liability, insurance, reimbursement for expenses, and the tax position of volunteers. This information should be given in writing in the contract.

Voluntary work is by definition unpaid and given freely. Nonetheless, volunteering is not without its economic costs, and remuneration becomes an issue when the volunteer finds that he or she is contributing not only time and energy but also money. Volunteers providing transportation must pay the costs of gasoline, parking, car depreciation, and perhaps higher rates of car insurance. Others may have to buy meals away from home because of their duties.

Volunteering should entail a gift of time and work, not money, and no one should be prevented from volunteering for lack of money. The most appropriate means of reimbursement for expenses is the subject of controversy. Volunteers may be offered an honorarium to cover costs, but this is viewed by some as an erosion of the principles underlying volunteer service. They suggest that an honorarium makes the volunteer an employee of the organization, and that this limits his or her freedom of action in advocacy issues.

A simpler course is for the agency to have a clearly stated policy concerning expenses, and a formal method of reimbursing volunteers for prior-approved expenditures. Appropriate insurance coverage is essential in voluntary service, particularly when it involves work with vulnerable groups such as the elderly or the mentally ill. The agency or organization providing the service must hold full liability insurance for all its workers, both paid and voluntary, with ample coverage to protect against all contingencies. Insurance costs borne directly by the volunteer, e.g. higher car insurance premiums paid by those who regularly transport clients, should be reimbursed by the agency.

5. Support and Recognition

The chief reward of the volunteer is the sense of satisfaction and fulfilment that comes from the work itself. This can be sustained and enhanced through support and recognition from clientele, staff, agency and community.

Voluntary work such as the home care of the mentally impaired elderly can be both stressful and isolating. It is important for volunteers to feel supported in their task and to know that their efforts are recognized. Opportunities should be provided for volunteers, particularly those engaged in the same type of work, to meet one another, ventilate worries and concerns, and share positive experiences. In this way the volunteer develops a sense of being part of a group engaged in a specific and useful task.

For some volunteers, awareness of group membership and pride in the work can be further increased by such outward and visible signs as badges, special uniforms or other distinguishing marks of volunteer status. An appropriately named physical location, records, and regular meetings and procedures of conventional format may also help to dispel any notion that volunteer work is invisible or unappreciated.

Formal recognition of the worth of the volunteer's work is important. The community should develop ways of showing its appreciation, e.g. through special events such as dinners for volunteers, with the presentation of certificates or pins for workers who have completed a certain length of service or some particular task. Where possible, the highest professional and administrative levels should be represented at these events, which should receive wider recognition through publicity in local media.

A career path should exist within the voluntary organization. Volunteer workers in acknowledged roles of leadership and responsibility can serve as excellent models for the rank and file. Promotion symbolizes public recognition of the value of voluntary work and can serve as a stimulus to recruitment and growth in volunteer programs.

Concluding Remarks

It is recognized increasingly that the social and public health problems of aging and old age cannot be resolved through a traditional single-track, sectorial approach. An integrated approach combining social, behavioural, and medical knowledge and skills has a better chance of ensuring that the needs of the aged populations are met. There are many examples of failure of narrowly conceived programmes, even if highly advanced technology was used, because of the single disease, or even single body system or organ, focus of such programmes, which have ignored the wider social and behavioural context of health-oriented action.[1]

This document has outlined and discussed essential features of a comprehensive approach to the care of elderly persons suffering from the acute, chronic, or residual effects of psychiatric disorder.

It has not been possible in a document of this scope to explore in detail many of the particular epidemiological, clinical, administrative, legal and educational questions that necessarily arise in the course of implementing comprehensive services. Rather, the Committee's concern has been to describe key functions, components, concepts and principles. "Comprehensiveness" has been the central theme throughout; the Committee has endeavoured to consider psychogeriatric disorder in its broader context, and to propose approaches that take into account the needs of the whole person. It is hoped that these guidelines will provide a sound basis for further work in this large and complex area of service.

Thomas J. Lips
Coordinator
Committee on Guidelines for
Comprehensive Services to
Elderly Persons with
Psychiatric Disorders

[1] World Health Organization, Regional Office for Europe, *Psychogeriatric Care in the Community*, ISBN 92 9020 129 0, Copenhagen, 1979, p. 109.

Appendix I: Committee and Working Group Participants

Committee on Guidelines for Comprehensive Services to Elderly Persons with Psychiatric Disorders

Chair: Dr. Henry Kedward, Toronto

Dr. Nigel Allison, Dartmouth
Ms. Lynne Fineman, Winnipeg
Dr. Gloria Gutman, Vancouver
Dr. Sylvia McDonald, Montreal
Dr. Rosemary Meier, Toronto
Dr. Duncan Robertson, Victoria
Dr. Howard Strong, St. John's

For the Mental Health Division:

Dr. Brenda Wattie, Director
Dr. John K. Clayton, Consultant in Psychiatry
Mr. Thomas Lips, Coordinator, Guidelines Committee
Ms. Judith Sylph, Writer on contract

Working Group on Assessment

Chair: Dr. Rosemary Meier, Toronto

Mrs. Dolly Dastoor, Verdun
Dr. Robin Eastwood, Toronto
Dr. Gloria Gutman, Vancouver
Dr. Kay Harrison, Whitby
Dr. William McCormick, Halifax
Dr. Duncan Robertson, Victoria
Dr. Kenneth Shulman, Toronto

For the Mental Health Division:

Dr. Brenda Wattie, Director
Mr. Thomas Lips, Coordinator, Guidelines Committee
Ms. Judith Sylph, Writer on contract

Working Group on Management and Treatment

Chair: Dr. John Clayton, Burlington

Dr. Martin Cole, Montreal
Mrs. Dolly Dastoor, Verdun
Ms. Lynne Fineman, Winnipeg
Dr. Dorothy Pringle, Toronto
Dr. Marie-France Tourigny-Rivard, Ottawa
Dr. Howard Strong, St. John's

For the Mental Health Division:

Dr. Brenda Wattie, Director
Dr. John Clayton, Consultant in Psychiatry
Mr. Thomas Lips, Coordinator, Guidelines Committee
Ms. Judith Sylph, Writer on contract

Working Group on Volunteers

Chair: Dr. Sylvia McDonald, Montreal

Ms. Laurie Kociol, Toronto
Ms. Linda Perry, Toronto
Mr. Ross Robinson, Montreal
Ms. Barbara Trahan, Toronto

For the Mental Health Division:

Dr. John Clayton, Consultant in Psychiatry
Mr. Thomas Lips, Coordinator, Guidelines Committee
Ms. Judith Sylph, Writer on contract

Working Group on Legal Issues

Chair: Mr. Carl M. Lakaski, Ottawa

Mr. Glyn Davies, Edmonton
Dr. John Elias, Regina
Mr. Robert Gordon, Vancouver
Ms. Margaret MacDonald, St. John's
Dr. Hans Reichenfeld, Ottawa
Dr. Joel Sadavoy, Toronto
Ms. Judy Wahl, Toronto

For the Mental Health Division:

Mr. Carl M. Lakaski, Consultant
Ms. Judith Sylph, Writer on contract

Additional Resource Persons

Dr. David J. Harris, London
Mr. Michael McCubbin, Ottawa
Dr. Sylvia Monti de Flores, Montreal

Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

Lignes directrices pour la prestation de services complets aux

personnes âgées atteintes de troubles mentaux

Canada

Lignes directrices pour la prestation de services complets aux

personnes âgées atteintes de troubles mentaux

Division de la santé mentale
Direction générale des services et de la promotion de la santé

Ministère de la Santé nationale
et du Bien-être social

Also available in English under the title :
Guidelines for Comprehensive Services to Elderly Persons with Psychiatric Disorders

Publication autorisée par le ministre de
la Santé nationale et du Bien-être social

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1988
N° de cat. H39-120/1988 F
ISBN 0-662-94783-5

Table des matières

		Page
AVANT-PROPOS		4
INTRODUCTION		5
CHAPITRE I :	LE PROCESSUS D'ÉVALUATION	8
	La raison d'être de l'évaluation	8
	L'évaluation	9
CHAPITRE II :	OPTIONS EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE ET DE TRAITEMENT	14
	Les facteurs qui déterminent les besoins en matière de services	14
	Principes régissant la prestation de soins psychogériatriques	15
	Ressources offertes en matière de soins	16
	A. Les services psychogériatriques	16
	B. Les services de soutien	20
CHAPITRE III :	LA COORDINATION DES SERVICES ET DES RESSOURCES	26
	La nature de la coordination	26
	La raison d'être de la coordination	26
	Les obstacles à la coordination	27
	Quels éléments doivent être visés par la coordination?	27
	Les mécanismes de coordination	28
CHAPITRE IV :	LES BÉNÉVOLES ET LES ORGANISMES BÉNÉVOLES	32
	Les caractéristiques de l'action bénévole	32
	La diversité des organismes bénévoles	32
	La population bénévole	33
	La portée de l'action bénévole auprès des malades mentaux âgés	33
	Les besoins des bénévoles	34
CONCLUSION		37
ANNEXE I :	MEMBRES DU COMITÉ ET DES GROUPES D'ÉTUDE	38

Avant-propos

La plupart des personnes âgées au Canada jouissent d'une bonne santé physique et mentale et mènent une vie autonome dans la collectivité, sans devoir faire appel souvent aux services de santé ou aux services sociaux. Par contre, certaines, surtout celles qui souffrent de troubles mentaux, n'ont pas cette chance, et il devient urgent, quoique difficile, de savoir bien répondre à leurs besoins. Urgent, dans la mesure où le vieillissement de la population canadienne a pour corollaire une augmentation dramatique du nombre de personnes touchées par ce genre de troubles. Difficile, parce que les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques ont des besoins multiples et que la nature de ces besoins varie du tout au tout d'un individu à l'autre et que rares sont nos services sociaux et de santé qui ont été conçus ou adaptés pour y répondre de manière globale et coordonnée.

Le présent document s'inspire des connaissances théoriques et pratiques des spécialistes d'un grand nombre de domaines et de régions et offre un aperçu de la diversité des besoins manifestés par le malade mental âgé et du réseau de services susceptible d'y répondre. On n'y trouvera pas un plan détaillé pour la planification et la prestation de services : telle n'est pas son ambition. Par contre, il décrit les mécanismes et expose les principes qui peuvent être appliqués selon la diversité des besoins, structures et données des différentes régions.

L'efficacité de la planification et de la prestation des services passe nécessairement par une excellente compréhension de la nature, de la portée et des composantes des soins psychogériatriques. Nous osons espérer que ce document sera un bon point de départ pour tous les individus et organismes qui s'efforcent de près ou de loin de répondre aux besoins des personnes âgées souffrant de troubles mentaux.

Nous tenons à remercier les membres du Comité et des groupes d'étude et les autres personnes ressources qui ont mis à contribution leur temps, leurs efforts et leurs connaissances dans la préparation de cette publication. Nous sommes particulièrement redevables au Dr Henry Kedward, président du Comité; au Dr John Clayton, expert-conseil auprès de la Division de la santé mentale; à la rédactrice, Mme Judith Sylph; à la section de gérontopsychiatrie de l'Association des psychiatres du Canada, plus spécialement au Dr Rosemary Meier; à M. Thomas Lips de la Division de la santé mentale, qui a coordonné les travaux du Comité, de même que la rédaction, la révision et la publication du texte final et aux nombreux professionnels, bénévoles et représentants gouvernementaux qui ont revu la version préliminaire du manuscrit.

Introduction

Données de base
Projections démographiques et besoins en matière de services
Les troubles mentaux dans la population âgée
Les fondements d'une approche globale

Données de base

Le vieillissement de la population est un phénomène qui a pris des proportions dramatiques et qui devrait se maintenir jusqu'à une bonne partie du siècle prochain. Ce changement démographique entraînera une expansion énorme de certains types de services et nécessitera des modifications dans le mode de prestation de services ainsi qu'une révision des priorités.

Cette publication fait suite à une initiative prise au cours du Colloque sur les soins de santé mentale dispensés aux personnes âgées, coparrainé par la Division de la santé mentale de Santé et Bien-être social Canada et la section de gérontopsychiatrie de l'Association des psychiatres du Canada en octobre 1983. Les participants à ce colloque avaient alors recommandé que soit produit un document qui définisse les composantes essentielles d'un réseau complet de services destinés aux personnes âgées, bénéficiaires réels ou éventuels de services de santé mentale. C'est pourquoi on a mis sur pied des groupes d'étude formés de personnes ressources appartenant à diverses disciplines et provenant de différentes régions du Canada. Ce document représente l'aboutissement de leurs efforts. Il expose les éléments d'un service complet, définit les différents types de services et analyse les principes sur lesquels doivent reposer les soins psychogériatriques de qualité.

Projections démographiques et besoins en matière de services

On estime actuellement à 10 % la proportion de la population canadienne âgée de 65 ans et plus et l'on s'attend à ce qu'elle passe à 14 % d'ici l'an 2001. Un des phénomènes particulièrement inquiétant est l'augmentation prévue du nombre de personnes appartenant à certains sous-groupes de la population vieillissante. La population qui croît le plus rapidement est celle des «très vieux» (personnes de 85 ans et plus), souvent de santé fragile et dont les enfants sont parfois eux-mêmes d'un âge avancé. Les femmes, dans bien des cas veuves et vivant seules, souvent dans l'indigence, continueront de surpasser en nombre les hommes, et constituent un autre groupe important de gens qui bénéficient de peu de soutien. Une longévité accrue est synonyme de risques accrus de maladies mentales et d'autres troubles psychiatriques chroniques ou aigus, ce qui peut supposer le recours à un vaste éventail de services de santé et de soutien sur une période prolongée.

Les troubles mentaux dans la population âgée

Il n'y a pour ainsi dire aucune collecte systématique de données sur la prévalence de divers troubles mentaux chez les personnes âgées au Canada. C'est pourtant une activité qui faciliterait énormément la recherche et l'établissement de bases de données nécessaires à la planification. D'après les éléments d'information dont on dispose cependant, il semblerait que la plupart des troubles mentaux ne sont guères plus fréquents parmi les personnes âgées que dans l'ensemble de la population, la principale exception à la règle étant la démence, le syndrome le plus incapacitant qui se manifeste tard dans la vie. On estime à 5 % le pourcentage de la population de plus de 65 ans qui souffre de démence légère ou moyenne et à 5 % le pourcentage atteint de démence grave. Ce chiffre pourrait passer à 20 % dans la population des gens de plus de 80 ans, qui croît à un rythme très rapide. À l'heure actuelle, les personnes atteintes auraient en moyenne une survie de plus de cinq ans. La majorité des gens souffrant de démence reçoivent des soins au foyer, mais en phase terminale, beaucoup doivent être admis dans un établissement de soins.

La dépression serait un problème très répandu (mais qui souvent ne serait pas diagnostiqué) chez les personnes âgées, surtout celles qui sont placées dans un établissement. Dans bien des cas, la dépression peut se traduire par des problèmes somatiques dont se plaint le sujet ou être confondue avec la démence. Souvent les personnes âgées atteintes de dépression réagissent bien au traitement, mais un diagnostic erroné peut donner lieu à un traitement inapproprié, à un placement prématuré en établissement ou, dans des cas plus graves, entraîner la mort par le suicide ou l'autonégligence.

D'autres troubles mentaux peuvent également se manifester dans la population âgée, y compris les névroses et les troubles de la personnalité qui, dans bien des cas, ont été présents tout le long de la vie du sujet, et les psychoses à début tardif. On observe également dans ce groupe d'âge des problèmes de pharmacodépendance et des troubles connexes. Il y a également le cas des malades mentaux atteints d'un trouble chronique plus tôt dans leur vie et qui ont réussi à se rendre jusqu'au troisième âge. Certains vivent dans la collectivité en bénéficiant de diverses formes de soutien; d'autres, plus gravement handicapés, continuent de vivre dans des établissements psychiatriques. Ce groupe, qui n'est souvent pas assimilé à la population «psychogériatrique», a généralement des circonstances et des besoins très différents de ceux de membres âgés de la population qui ne sont devenus déficients ou malades mentaux que plus tard dans leur vie.

Enfin, divers dérèglements du comportement ou du fonctionnement mental peuvent se manifester au cours du troisième âge, notamment la confusion ou le délire, et être associés aux infections organiques, aux effets indésirables d'un médicament, à un traumatisme ou à une intervention chirurgicale. Les symptômes psychiatriques sont souvent passagers et disparaissent si l'affection physique sous-jacente est convenablement traitée dès le début.

Étant donné la grande diversité des symptômes cliniques observés chez les malades mentaux âgés, leurs différentes formes d'évolution et les complications qui peuvent survenir, il convient de faire appel à une approche et à des connaissances spéciales ainsi qu'à un éventail très étendu de services spécialisés, pour cette clientèle. C'est ce qui explique pourquoi il est urgent de mettre sur pied les services appropriés et de favoriser l'expansion rapide de l'éducation, de la formation et de la recherche dans le domaine de la gérontopsychiatrie.

Les fondements d'une approche globale

La qualité des soins dispensés aux personnes âgées souffrant de troubles mentaux tient au caractère complet des services qui leur sont destinés. Le Tableau 1 expose sommairement les caractéristiques d'une approche globale.

Tableau 1 : Fondements d'une approche globale

- Les problèmes et troubles liés à la santé mentale sont abordés dans le contexte des soins généraux de santé, où sont pris en considération l'ensemble des facteurs biologiques, psychosociaux et environnementaux qui peuvent avoir des répercussions sur la santé mentale et le fonctionnement psychique chez les personnes âgées.
- Les services de traitement et de soutien provenant de sources très diverses sont mobilisés de manière coordonnée.
- Le niveau des soins ou des services coïncide avec le niveau des besoins qui aura été déterminé par une évaluation complète, systématique et continue du malade.
- On offre un éventail complet de services, qui vont du soutien minimal dans la collectivité aux soins complets dispensés en établissement. Le patient doit demeurer dans la collectivité aussi longtemps que c'est faisable et profitable.
- On veille à ce qu'il y ait suffisamment de souplesse à l'intérieur du réseau pour que l'on puisse suivre de près l'évolution des besoins et y réagir à temps.
- L'apport des membres de la famille qui s'occupent du malade, des bénévoles, des professionnels de bien des disciplines et d'autres personnes ressources de la collectivité est apprécié et favorisé.
- Les droits et intérêts des clients sont protégés.
- L'objet est de rétablir ou de maintenir un certain niveau de fonctionnement, de promouvoir l'autonomie, de prévenir l'incapacité ou d'en atténuer la portée et de rehausser la qualité de vie.

Pour instaurer ce réseau complet de services, il peut cependant être nécessaire de modifier considérablement les mécanismes conventionnels, la pratique clinique ou les structures administratives. Des liens doivent être établis entre les disciplines, les cadres, les établissements et les juridictions. Il faut définir de nouveaux rôles et de nouvelles structures pour faciliter la coordination nécessaire. D'autres mesures s'imposent également : une évaluation pluridisciplinaire visant à assurer la coordination dans la planification des soins; l'utilisation du bassin de population comme unité géographique de base pour la coordination des services; les réseaux de services à accès unique; les registres de cas pour la coordination des systèmes d'enregistrement des données et le recours aux responsables des cas pour la coordination des soins individuels.

S'il sera nécessaire d'accroître les ressources de base sur une vaste échelle pour répondre aux besoins anticipés, cet objectif peut être atteint en grande partie par une exploitation rationnelle des ressources qui existent déjà. Il est toutefois urgent d'offrir davantage de possibilités de formation et d'éducation à ceux qui œuvrent auprès de la population âgée pour que l'on dispose d'un personnel suffisamment nombreux, informé et compétent et bien disposé à l'égard des changements nécessaires. De plus, il faut songer à modifier les méthodes actuelles de financement de façon à promouvoir l'utilisation de techniques telles que l'évaluation à domicile, la prise en charge des cas ainsi que l'éducation et la formation d'équipes pluridisciplinaires.

Toutes ces questions impliquent la prise de décisions importantes aux plans de l'élaboration de la politique et de l'affectation de ressources. Dans certaines parties du pays, bon nombre d'approches décrites ici ont été adoptées à l'échelle de la province, et des réseaux de services complets, centralisés et entièrement coordonnés sont actuellement en place ou au stade de la planification. Ailleurs, il y a encore lieu de réévaluer les besoins des personnes âgées souffrant de troubles mentaux. Les services et les ressources sont distribués de façon très inégale d'un bout à l'autre du pays, et les mécanismes en place pour la prestation des services sont loin d'être uniformes. C'est pourquoi il est impossible de prescrire des directives universellement acceptables. Aussi, cette publication vise plutôt à attirer l'attention sur un problème urgent et qui prend de l'ampleur, à indiquer les principes de base sur lesquels devrait reposer la prestation de services gérontopsychiatriques* et à indiquer les orientations souhaitables.

*** Terminologie :**

La psychogériatrie et la gérontopsychiatrie sont des termes quelque peu difficiles à manier, qui servent actuellement à désigner la branche de la psychiatrie qui a trait aux soins dispensés à la population âgée atteinte de troubles mentaux. Ils ne sont pas bien admis dans toutes les régions du pays. Dans ce document, nous utiliserons indifféremment ces deux termes qui renvoient toujours à un domaine de spécialisation très vaste qui concerne le fonctionnement des malades et les soins réservés à ces derniers. Le terme «malade psychogériatrique» est aussi souvent perçu comme à la fois dénigrant et trop clinique, de sorte que nous l'avons employé ici avec parcimonie pour désigner spécifiquement les bénéficiaires de services psychogériatriques, indépendamment du diagnostic. De même, l'utilisation des termes «maladie mentale», «trouble mental» et «déficience mentale», selon le contexte, rend compte de la diversité des déficiences qui se manifestent tard dans la vie et de la complexité de leur origine.

Enfin, même les mots «vieux», «vieillissant», «âgé» ont des connotations péjoratives dans l'esprit de certains. Dans ce document, plutôt que d'éviter des expressions familières et de prendre mille et un détours pour trouver des termes qui n'offenseront personne, nous avons fait appel à toutes celles qui sont évoquées plus haut pour désigner un âge chronologiquement avancé. Toutefois, il est bien entendu que le rythme de vieillissement varie énormément d'une personne à l'autre, et que les gens de plus de 65 ans sont aussi hétérogènes quant à leurs besoins, leurs activités et leurs préférences que les personnes de n'importe quel autre groupe d'âge.

CHAPITRE I

Le processus d'évaluation

La raison d'être de l'évaluation
A. Le diagnostic et les soins dispensés aux patients
B. Exploitation judicieuse des ressources

L'évaluation
A. Le cadre
B. Le contenu
C. L'échelonnement
D. Les ressources humaines
E. Le recours à des protocoles uniformisés d'évaluation

La raison d'être de l'évaluation

L'évaluation est la pierre angulaire des soins psychogériatriques de qualité. Une évaluation attentive, généralisée et systématique du patient est le fondement même d'un diagnostic exact et de décisions judicieuses en matière de traitement. Elle peut également servir à d'autres fins : classement des besoins par ordre de priorité, détermination de la capacité ou de l'incapacité, observation des patients, analyse des résultats ou du programme et, partant, affectation des ressources. C'est dire que l'évaluation présente de l'intérêt non seulement du point de vue des soins dispensés individuellement aux malades mais également pour la planification des services, l'élaboration de politiques, la recherche et l'éducation. À cet égard, nous analysons ici deux questions de la plus haute importance : l'exactitude du diagnostic et l'efficacité des soins dispensés aux patients et l'exploitation judicieuse des ressources.

A. Le diagnostic et les soins dispensés aux patients

Pour le malade, une évaluation bien faite permet un diagnostic exact et un traitement rapide et efficace, s'il y a lieu, ainsi que l'élaboration d'un plan de prise en charge du cas qui mobilisera les ressources et les services disponibles pour assurer le fonctionnement optimal du malade et de sa famille.

L'étiologie des troubles mentaux chez les personnes âgées est souvent complexe et multiple. Il arrive que le phénomène se manifeste de façon diffuse et déroutante. Les infections, les réactions indésirables aux médicaments et les affections aiguës, peuvent se manifester sous forme de confusion, et la diversité des problèmes somatiques dont se plaint le sujet peuvent masquer la dépression. Les manifestations cliniques des troubles névrotiques, affectifs et schizophréniformes et de l'abus de médicaments, peuvent varier sensiblement selon qu'il s'agit d'un malade âgé ou d'un patient plus jeune. Le sujet peut présenter différents types de troubles physiques mais qui n'ont pas de symptomatologie précise et qui n'ont apparemment aucun lien avec le système ou l'organe touché. Il peut s'ensuivre un dérèglement généralisé du fonctionnement, aboutissement courant de bon nombre de processus pathologiques à ce stade de la vie.

Dans ces conditions, on peut comprendre qu'il est délicat de poser un diagnostic psychiatrique dans la population âgée, et que celui-ci doit tenir compte de bien des facteurs. Il importe de tenter systématiquement de trouver des causes physiques, mentales et sociales qui seraient à l'origine du problème et auxquelles il est possible de remédier. Il y aurait lieu d'explorer tous les symptômes, quelle que soit leur origine, à la lumière du milieu et des conditions dans lesquels évolue le malade. Il faudrait faire appel aux connaissances des spécialistes des domaines pertinents et faire une synthèse de leurs observations dans une évaluation unique, complète et pluridisciplinaire. C'est à partir de là que devrait être posé le diagnostic et élaboré un plan pour la prise en charge du malade.

L'évaluation englobe le diagnostic mais ne se limite pas à celui-ci. Lorsqu'on planifie les soins à dispenser à un malade, il est également essentiel de procéder à une évaluation complète du fonctionnement. On peut analyser en bloc ou séparément les

aptitudes dont fait montre le sujet dans une gamme très étendue d'activités rattachées à la vie quotidienne, notamment, les soins personnels, les travaux ménagers et l'interaction sociale. Chaque élément peut être évalué ou noté selon un protocole. On obtient ainsi une analyse et une description précises des points forts et des lacunes, à partir desquelles il est possible de déterminer si le sujet a besoin de services de soutien communautaire ou de soins dispensés en établissement.

L'évaluation et la démence

Quand on évalue une personne âgée, il est toujours délicat de poser ou d'exclure le diagnostic de la démence. En effet, dans le cas de beaucoup de maladies curables, surtout la dépression, et certaines intoxications, on pose à tort le diagnostic de la sénilité, de sorte que les sujets ne bénéficient pas d'un traitement efficace. De plus il arrive qu'une maladie curable ou plus se superposent à un état de démence sous-jacent qui n'est lui-même pas curable. Lorsqu'on soupçonne un cas de démence, il est essentiel de procéder à une évaluation attentive du fonctionnement cognitif, de l'état de santé mentale et des aptitudes sociales ainsi que de la santé physique. Le diagnostic de la démence nécessite plus d'une évaluation étant donné que l'on doit trouver des indices d'une détérioration progressive des facultés cognitives. Lorsqu'un diagnostic de démence est posé, l'évaluation demeure importante pour la prise en charge du cas. À ce stade, l'évaluation devrait porter sur le niveau de fonctionnement du malade atteint de démence, ainsi que sur ses conditions de vie et le soutien dont il bénéficie, notamment dans sa famille. Ce travail peut aider à déterminer quel est le niveau de soins le plus approprié et le lieu où ils devraient être dispensés, et indiquer quels sont les services ou formes de soutien supplémentaires qui devraient être mobilisés.

B. Exploitation judicieuse des ressources

Pour le réseau de services, une évaluation prompte et complète permet l'exploitation la plus judicieuse possible des services. C'est pourquoi il importe que les personnes qui œuvrent auprès des personnes âgées soient conscientes de la nécessité de diriger celle-ci très tôt vers un service d'évaluation.

Un bouleversement qui se produit dans la situation familiale d'une personne âgée peut par exemple facilement dégénérer en une situation de crise qui aboutit à un service d'urgence et, de là, entraîner l'utilisation injustifiée, coûteuse et souvent prolongée d'un lit pour malades aigus dans un hôpital général. Une évaluation complète, faite à temps, permet d'éviter une telle situation en déterminant quels sont les besoins pressants de la personne en matière de services de soutien communautaire. En outre, dans le cadre d'un réseau complet de services, elle permet de veiller à ce que soit offert le niveau de soins approprié, ni plus ni moins.

L'évaluation

Il s'agit de la première étape d'un processus continu qui se répète à intervalles appropriés et à des fins différentes. Les évaluations varient quant à leur intensité et à leur orientation. Les disciplines, le personnel, les cadres et les techniques peuvent varier d'une évaluation à l'autre.

A. Le cadre

L'évaluation de la personne âgée souffrant d'une maladie mentale doit, dans la mesure du possible, commencer par une visite à domicile ou, à défaut de cela, dans un service de consultation externe. En effet, quand on a affaire à une personne âgée, le moindre séjour à l'hôpital peut être source de perturbation, d'où un état de désorientation et de dépendance prématurée. Comme cadre de l'évaluation psychogériatrique, l'hôpital a ceci d'avantageux qu'il offre des installations et un personnel cliniques très variés, mais il a l'inconvénient d'être un milieu non familier et intimidant pour le malade, ce qui peut nuire à l'évaluation. En effet, il peut accentuer la confusion et l'anxiété chez le sujet, et l'évaluateur peut se faire une fausse idée des capacités de ce dernier. Souvent, les aptitudes d'adaptation d'une personne âgée peuvent être fortement conditionnées par un cadre précis, en ce sens qu'il y a des tâches qu'elle peut être en mesure d'accomplir chez elle, mais pas ailleurs. En outre, des changements irréversibles peuvent se produire dans son cadre de vie habituel pendant qu'elle est hospitalisée : son appartement peut ne plus être disponible, sa maison peut être vendue ou la famille peut décider qu'elle ne peut plus garder chez elle la personne âgée. Ce genre d'événements ont inévitablement des répercussions profondes, voire permanentes, sur le moral, la santé et l'évolution du patient.

De ce point de vue, le cadre idéal pour une évaluation est généralement le domicile du malade. L'utilité des visites à domicile est généralement reconnue, bien qu'il ne s'agisse pas encore d'une pratique courante au Canada pour des raisons liées à la géographie, aux modèles actuels de prestation des soins de santé, aux politiques régissant la rémunération et à la pénurie de personnel.

La visite à domicile représente une source unique d'informations pour le clinicien. L'état dans lequel se trouve le foyer peut être révélateur de l'état de santé physique et mentale du sujet. Il importe de l'évaluer pour déterminer s'il s'agit d'un atout ou d'un handicap pour la personne. Son emplacement, les commodités et la présence de parents, d'amis ou de voisins hostiles ou compréhensifs, voilà autant de facteurs qui ont une incidence sur la planification de l'intervention.

En outre, une visite à domicile peut permettre au clinicien ou à tout autre intervenant de rencontrer les parents et voisins capables d'apporter des précisions sur les antécédents du sujet et de montrer que ce dernier bénéficie effectivement d'un réseau de soutien. Il peut s'agir aussi d'une occasion de rencontrer les travailleurs communautaires qui peuvent être appelés à jouer en permanence un rôle auprès du malade.

L'évaluation à domicile est aussi utile lorsque le malade vit dans un cadre résidentiel. Un examen des conditions et de la qualité de vie qui règnent dans l'établissement et des discussions avec le personnel qui s'occupe du malade peuvent s'avérer extrêmement utiles pour l'établissement du diagnostic et du plan de prise en charge du cas. La participation du personnel de l'établissement à l'élaboration d'un plan réaliste joue un rôle important du point de vue de l'éducation; rehausse le moral et améliore les échanges avec le clinicien et l'équipe thérapeutique. Elle a aussi des retombées énormes sur les soins dispensés au malade dans la mesure où une équipe qui suit un plan qu'elle a elle-même contribué à définir est plus susceptible de l'appliquer avec efficacité et rigueur.

Lorsque l'évaluation doit se dérouler dans un milieu clinique, c'est le cabinet du médecin de famille qui peut être le moins menaçant pour le malade, mais on n'y trouve pas nécessairement les installations voulues pour les tests. Par contre, on peut en trouver dans un centre de consultation externe spécialisé en psychogériatrie ou, s'il s'agit d'une observation de plus longue durée ou d'un bilan, dans un hôpital psychiatrique de jour.

Lorsqu'une évaluation plus poussée ne peut être faite dans l'un ou l'autre de ces cadres, il est possible de trouver au malade un lit réservé à cet effet dans une salle affectée aux soins gériatriques, ou encore dans un service spécialisé doté d'une équipe pluridisciplinaire en psychogériatrie. Idéalement, on devrait s'adresser à un hôpital général où toutes les enquêtes nécessaires peuvent être menées et où l'on peut facilement obtenir un rendez-vous avec un spécialiste.

Tableau 2 : Cadres où peut se dérouler l'évaluation psychogériatrique

Cadre	Avantages
1. Le domicile du patient (y compris un cadre résidentiel)	– C'est la solution qui suppose le moins de perturbation, de confusion et de gêne pour le patient. – Elle évite le risque de saper le réseau existant de soutien. – Elle procure des informations de première main sur les ressources et les lacunes liées au milieu de vie et à la vie sociale du malade. – Elle améliore les échanges avec la famille, les voisins et les dispensateurs locaux de services.
2. Le cabinet du médecin de famille	– Le cadre et la personne sont relativement familiers et non menaçants pour le patient. – Le cadre convient davantage que le domicile pour certains tests diagnostiques. – Il est plus facile de donner à la séance un caractère privé.
3. Centre de consultation externe spécialisé en psychogériatrie	– Accès à une équipe pluridisciplinaire spécialisée et à d'autres experts-conseils. – Accès à un plus vaste éventail de tests diagnostiques.
4. Hôpital psychogériatrique de jour	– Avantages analogues à ceux qui sont évoqués ci-dessus (rubrique nº 3), plus la possibilité de périodes d'observation plus longues (uniquement pendant la journée).

5. Services d'hospitalisation spécialisés en psychogériatrie (séjours de courte durée)	– Avantages analogues à ceux qui sont évoqués ci-dessus (rubrique nº 3) plus la possibilité de périodes d'observation plus longues (jour et nuit). – Accès possible à des tests plus complets et plus spécialisés.

B. Le contenu

Une évaluation psychogériatrique complète devrait comprendre un examen physique et une étude des antécédents médicaux, un examen psychiatrique et une étude des antécédents psychiatriques, l'accent étant mis sur l'état de santé mentale et le fonctionnement cognitif ainsi que sur la capacité de la personne à prendre soin d'elle-même et à mener les activités de la vie courante. Il ne faut jamais négliger de vérifier quels sont les médicaments pris par le sujet puisque les problèmes de polypharmacie et de réactions contraires aux médicaments sont courants. Il y a aussi lieu de faire une étude sur les antécédents sociaux de la personne et une évaluation de sa situation personnelle actuelle, du réseau de soutien social et des ressources dont elle dispose. Il est également nécessaire de prendre note des éléments positifs et négatifs. Il faudrait, dans la mesure du possible, obtenir des informations complémentaires et concomitantes auprès des membres de la famille, des voisins et des travailleurs communautaires. L'évaluation initiale peut mettre en évidence le besoin d'un examen physique, psychologique ou autre (par exemple des tests de la vue et de l'ouïe).

Tableau 3 : Contenu d'une évaluation psychogériatrique complète

- Examen physique et étude des antécédents médicaux
- Examen psychiatrique et étude des antécédents psychiatriques, l'accent étant mis sur l'état de santé mentale et le fonctionnement cognitif
- Contrôle de la consommation de médicaments délivrés sur ordonnance et des médicaments en vente libre
- Évaluation de la capacité de la personne à prendre soin d'elle-même et à mener les activités de la vie courante (points forts et points faibles)
- Étude des antécédents sociaux
- Évaluation de la situation personnelle, du réseau de soutien social et des ressources (points forts et points faibles)

Exemples d'autres tests qui pourraient se révéler nécessaires à la lumière des résultats des évaluations évoquées ci-dessus.

- Tests de la vue et de l'ouïe
- Tests psychologiques et neuropsychologiques
- Divers tests réalisés en laboratoire
- Divers examens physiques (par exemple tomodensitométrie)
- Observation détaillée du fonctionnement et de l'interaction sociale

C. L'échelonnement

Il n'est pas nécessaire de tenir compte de tous ces aspects chaque fois qu'on évalue un malade. Certaines évaluations peuvent être à la fois exhaustives et intenses, par exemple lorsqu'il s'agit de résoudre un problème diagnostique délicat; d'autres peuvent tenir davantage de l'examen routinier qui répond à des besoins de surveillance.

La première étape de l'évaluation est celle du dépistage préliminaire ou du tri, qui a pour objet de définir en termes généraux la nature du problème dont se plaint le malade et de déterminer s'il y a lieu de pousser plus loin l'examen ou d'hospitaliser le malade. Ce premier examen devrait être très complet. Dans un réseau de soins coordonné et centralisé, cette évaluation peut déboucher sur toutes les formes de soins. Dans ce cas, il est extrêmement important que l'évaluation soit exhaustive et qu'elle insiste suffisamment sur les aspects physique, psychiatrique et social de la vie de la personne.

Il ne faut pas perdre de vue qu'une entrevue peut s'avérer une source de stress et de fatigue pour la personne âgée. Il peut être nécessaire de prévoir plusieurs séances pour obtenir les éléments d'information voulus ou de faire appel à un certain nombre d'informateurs (membres de la famille, voisins et d'autres personnes) à des moments ou à des lieux différents pour recueillir les données complémentaires.

Il peut être possible d'élaborer un plan pour la prise en charge du cas en se fondant sur cette première évaluation, ou encore de décider qu'il y a lieu de pousser plus loin l'examen du problème. À l'étape suivante, l'évaluation devient plus précise et plus approfondie, en ce sens que l'accent est mis sur les facteurs à l'égard desquels il manque des données. Le problème est étudié de façon plus détaillée, souvent à l'aide de techniques complexes ou spécialisées et par des spécialistes qu'on peut trouver uniquement dans un milieu clinique. Parmi ces techniques figurent les analyses faites en laboratoire, qui demandent parfois beaucoup de préparation, l'em-

ploi de médicaments et l'administration de thérapies, où les réactions du malade doivent être surveillées de près ou en permanence. Le personnel infirmier ou spécialisé en ergothérapie est également en mesure de suivre de plus près le fonctionnement de l'intéressé et son interaction sociale. Ce stade de l'évaluation peut comporter un certain nombre d'étapes, qui doivent être franchies jusqu'à ce que l'on puisse poser un diagnostic et établir un plan pour la prise en charge du cas.

Tous les patients âgés devraient faire l'objet d'une évaluation, et celle-ci ne devrait pas se limiter au simple examen de l'organe ou du système que l'on soupçonne être touché; cependant, il est clair qu'il n'est ni possible ni rentable de faire subir à chaque patient un examen psychophysiologique complet. On n'aura recours à un examen physique complexe et coûteux, comme la tomodensitométrie, que si l'on juge cette mesure justifiée au terme d'un examen sérieux et après consultation d'un spécialiste. Le nombre de patients qui ont droit au niveau d'évaluation le plus intensif de la part d'un personnel hautement spécialisé sera peu élevé, et se limitera aux rares cas qui auront fait l'objet de tous les examens et tests prévus à chacune des étapes précédentes. Étant donné que la demande ne cesse de croître et que les ressources se raréfient, il y a lieu de parvenir à un équilibre entre la décision d'offrir des examens en profondeur et coûteux à peu de personnes et celle de procurer des soins de base de qualité à l'ensemble des patients.

Une fois le diagnostic posé et le plan mis en application, il est nécessaire de procéder périodiquement à des réévaluations pour mesurer son efficacité et les progrès réalisés par le malade. Lorsque l'état du malade se modifie, lorsqu'un programme ou un régime thérapeutique précis prend fin ou s'il se produit un autre événement qui commande la prise de nouvelles décisions importantes concernant la prise en charge, l'évaluation doit être remise à jour.

La réintégration à la collectivité ou l'admission à un programme de soins prolongés, voilà des jalons importants de la vie du malade qui méritent de faire l'objet d'une réévaluation complète, pour que les décisions relatives à la prise en charge du cas soient le plus judicieuses possible. Par la suite, dans le cas du malade dont l'état semble se stabiliser, que ce dernier se trouve dans la collectivité ou dans un établissement, il s'agit de faire une réévaluation sommaire tous les trois mois ou deux fois l'an. Dans un établissement de soins prolongés, il faut entreprendre régulièrement des réévaluations afin de déterminer si le programme de soins correspond toujours aux besoins du malade.

Tableau 4 : Scénario de l'échelonnement de l'évaluation

1. Le besoin d'effectuer une évaluation est défini (par les moyens suivants : action communautaire ou recherche de cas, orientation par un intervenant ou consultation du malade).
2. Examen préliminaire : évaluation générale des antécédents médicaux et psychosociaux et des conditions de vie du malade pour déterminer la nature générale du problème et la nécessité de pousser plus loin l'examen ou de prendre d'autres mesures.
3. Évaluation psychogériatrique complète par une équipe pluridisciplinaire et des experts-conseils.
4. Autres examens spécialisés, au besoin.
5. Suivi et réévaluation périodique après la mise en œuvre du plan de traitement ou d'intervention.
   - à des moments bien déterminés (p. ex. l'admission, la sortie de l'établissement)
   - à intervalles réguliers (p. ex. tous les trois ou six mois)

D. Les ressources humaines

La première évaluation devrait généralement être faite par le médecin de famille ou un travailleur communautaire, par exemple l'infirmière hygiéniste. À cet égard, il est essentiel que les intéressés possèdent une formation ou une expérience pratique dans l'évaluation des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées. Dans des réseaux de soins à accès unique, l'examen préliminaire est souvent confié à des évaluateurs qui ne font pas partie du personnel médical ou encore à des coordonnateurs de soins, et leur évaluation est complétée par la suite par des données médicales.

C'est une équipe pluridisciplinaire qui devrait effectuer l'évaluation psychogériatrique complète, soit chez le malade même, soit dans un établissement clinique. Dans certaines équipes, il est courant que tous les membres soient présents à toutes les visites à domicile ou presque, mais en règle générale, la mission est confiée à un seul membre ou deux. Bien qu'elle ne soit pas nécessairement physiquement présente, l'ensemble de l'équipe est représentée dans le type d'évaluation réalisée. Elle peut utiliser des questionnaires uniformisés. Elle sert d'expert-conseil, car elle reçoit de l'information de la personne qui a effectué la visite à domicile et, de concert avec elle, elle pose le diagnostic et définit le plan pour la prise en charge du cas. Plus l'évaluation est poussée, plus il est probable que les spécialistes

de domaines très divers soient mis à contribution : spécialistes en gérontopsychiatrie ou en gériatrie, neurologues, spécialistes de la médecine interne, nutritionnistes, psychologues et bien d'autres.

Généralement, la réévaluation de routine à titre de suivi dans la collectivité doit être faite par le professionnel le mieux placé pour le faire, par exemple le médecin de famille ou l'infirmière hygiéniste, ou, si le patient a été placé dans un établissement de soins prolongés, par le personnel de l'établissement. S'il existe une équipe psychogériatrique vouée à l'action communautaire, elle peut dans certains cas s'occuper des réévaluations dans la collectivité.

E. Le recours à des protocoles uniformisés d'évaluation

Parallèlement aux méthodes traditionnellement utilisées pour réaliser une évaluation, à savoir les entretiens cliniques, l'étude des antécédents médicaux et les observations, l'usage de techniques d'évaluation uniformisées en psychogériatrie s'est répandu très rapidement et ne cesse de croître. On a mis au point des questionnaires et des instruments de tous genres afin d'évaluer l'état de santé mentale, le fonctionnement cognitif, l'humeur, les aptitudes et les ressources sociales.* Ces instruments ont un rôle important, et sans doute de plus en plus grand, à jouer.

Leurs avantages sont multiples. L'entrevue uniformisée répond à la nécessité de disposer d'un cadre très vaste sur le plan du diagnostic, car elle peut garantir que l'approche adoptée est systématique et exhaustive et ne laisse de côté aucun facteur. La fiabilité dépend de la qualité des questionnaires et de la formation dispensée en vue de leur utilisation. Lorsque les données obtenues sont quantifiables, il est plus facile de comparer les résultats que lorsqu'on a affaire à des données non systématiques ou anecdotiques. Ainsi, il est possible de comparer les résultats ou effets de programmes, de médicaments et de thérapies précis d'un établissement, d'un cadre et d'une province à l'autre. Cela ouvre bien des horizons dans le domaine de la recherche tant fondamentale qu'appliquée.

Le personnel a également des avantages à en tirer, à divers égards : utilisation, éducation et moral. Bon nombre de questionnaires sont faciles à administrer et à interpréter, et peuvent être utilisés par un personnel paramédical qui a rarement la possibilité de contribuer directement à l'établissement de diagnostics. Or, la participation à cette activité clé peut renforcer son sentiment d'appartenance à une équipe, le familiariser davantage à la méthodologie scientifique et, dans certains cadres, permettre aux cliniciens de se consacrer à d'autres activités spécialisées. L'emploi d'instruments uniformisés peut aussi se révéler pratique pour les cliniciens qui peuvent ainsi réaliser des économies de temps.

Lorsque les spécialistes en psychogériatrie sont denrée rare, le personnel non spécialisé peut, avec des instruments uniformisés, entreprendre des évaluations de haut niveau et bien adaptées aux problèmes en question, de nature à l'aider à prendre des décisions quant à la prise en charge du cas. L'adoption d'une approche systématique pour l'évaluation du fonctionnement social, par exemple, peut être extrêmement utile pour le personnel médical et infirmier ne possédant aucune formation reconnue en la matière. Ainsi, les médecins de famille et les infirmières hygiénistes peuvent se servir de ces instruments pour accroître leur efficacité sur les plans du diagnostic et de la prise en charge des malades âgés souffrant de troubles mentaux.

Les méthodes utilisées dans l'évaluation fonctionnelle évoluent rapidement et il existe à l'heure actuelle une profusion d'instruments dans ce domaine. Ceux-ci varient à plusieurs égards : longueur, complexité, degré de difficulté de l'administration, fiabilité et validité. Ils peuvent être plus ou moins bien adaptés aux buts recherchés et au genre de formation qu'a reçue l'évaluateur. Les auto-évaluations, par exemple, ne conviennent pas aux personnes âgées atteintes de confusion ou de troubles cognitifs, et les évaluations longues ou inutilement complexes peuvent indisposer le malade, épuiser l'évaluateur et produire des données de qualité médiocre. Les instruments validés qui sont le plus utiles sont brefs, pratiques et pourtant sensibles.

---

* Le *Mini-Mental State Examination* (Folstein, Folstein et McHugh, 1975) est un des instruments qui sont couramment utilisés pour une première évaluation du fonctionnement cognitif. Parmi les questionnaires plus longs qui servent à des évaluations pluridimensionnelles, on pourrait citer la *Comprehensive Assessment and Referral Evaluation* (CARE) (Gurland et coll., 1978).

Bibliographie :

Folstein, M.F., Folstein, S.E., et McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatric Research*. 12: 189.

Gurland, B., Kuriansky, J., Sharpe, L., Simon, R., Stiller, P., et Birkett, P. (1978). The Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE). Rational development and reliability. *International Journal of Aging and Human Development*, 8, 9–42.

Options en matière de prise en charge et traitement

Les facteurs qui déterminent les besoins en matière de services
Principes régissant la prestation de soins psychogériatriques
Ressources offertes en matière de soins

A. Les services psychogériatriques

1. Fonctions essentielles

a) le diagnostic pour les cas difficiles
b) l'établissement de programmes thérapeutiques
c) l'évaluation à caractère juridique
d) les services de consultation dans la collectivité
e) la recherche, l'éducation et la formation

2. Les composantes essentielles

a) l'équipe d'experts-conseils œuvrant dans la collectivité
b) la clinique externe en psychogériatrie
c) les programmes de jour
   i. l'hôpital psychiatrique de jour
   ii. les soins de jour
d) ies programmes psychogériatriques offerts en établissement pour les évaluations et les thérapies de courte durée
   i. fonctions essentielles
   ii. les ressources humaines
   iii. les installations physiques et médicales
e) la réadaptation et les lits réservés aux séjours de durée moyenne
f) les établissements qui offrent des soins prolongés
g) l'éducation et la liaison axées sur la collectivité

B. Les services de soutien

1. L'alimentation
2. Le logement
3. Les activités de la vie quotidienne et l'hygiène personnelle
4. La gestion financière
5. Le transport
6. Les contacts sociaux et les loisirs
7. L'aide aux familles
8. Les services adaptés à des besoins spéciaux

Les facteurs qui déterminent les besoins en matière de services

Le soutien dont a besoin le malade mental âgé diffère énormément d'un individu à l'autre et avec le temps. Certains facteurs jouent un rôle critique : la nature, la gravité et la durée de la maladie et la situation et les ressources du malade sur les plans physique, social, économique et affectif.

Le diagnostic clinique revêt une importance capitale dans l'évaluation des besoins du malade car il détermine l'orientation du plan thérapeutique. La gravité de la maladie est un autre facteur très important. Les pronostics sont très différents selon qu'il s'agit de démence ou de dépression, d'où les différences énormes sur le plan de la prise en charge, mais dans un cas comme dans l'autre, il y a divers degrés de gravité. Les formes les plus courantes de la démence sont incurables, mais dans bien des cas, au début de la maladie, il est possible de voir à ce que les sujets atteints de démence légère restent chez eux, un minimum de soutien leur étant offert à

eux ainsi qu'aux membres de leur famille. En règle générale, la dépression est un mal qui se soigne en consultation externe, mais les sujets atteints des formes les plus graves de la maladie peuvent avoir besoin d'hospitalisation.

Les personnes âgées souffrant de troubles psychotiques,affectifs, névrotiques ou de la personnalité devraient avoir accès à toute la panoplie d'interventions cliniques déployées auprès des patients plus jeunes; cependant, ces interventions doivent être soigneusement adaptées à leurs besoins. Les changements physiques qui accompagnent le vieillissement modifient le rythme d'absorption des médicaments et de leur élimination par l'organisme, d'où le risque accru de surconsommation de médicaments. Les maladies physiques chroniques souvent observées dans la population âgée (par exemple les cardiopathies) et les médicaments prescrits pour les combattre peuvent imposer certaines limites quant au traitement psychopharmacologique ou à l'utilisation d'électrochocs. Le seul facteur de l'âge ne doit pas être perçu comme un obstacle à la psychothérapie; cependant, les changements quant au rythme et au mode d'apprentissage, et d'autres changements psychosociaux associés à l'âge, ont une incidence sur le rythme des thérapies fondées sur l'expression verbale ou de la thérapie axée sur le comportement, ainsi que sur l'approche retenue.

Principes régissant la prestation de soins psychogériatriques

La gérontopsychiatrie (ou psychogériatrie) a été conçue pour répondre aux besoins croissants d'une population de malades qui ne cesse de grandir et qui a jusqu'ici été laissée pour compte. C'est maintenant une composante importante des services sociaux et de santé. Elle implique un corpus de connaissances sur la psychodynamique et la psychopathologie propres à la population âgée, des compétences spéciales dans la prise en charge psychosociale et pharmacologique des malades mentaux âgés et un mode d'organisation des services unique en son genre. Il s'agit non pas d'une nouvelle spécialité mais plutôt d'une façon nouvelle d'exploiter les ressources existantes, dans la mesure où de nombreux services ou disciplines ont été mis à contribution.

À l'heure actuelle, les services psychogériatriques spécialisés sont très rares et dispersés aux quatre coins du pays. Ils ne touchent qu'une fraction de la population âgée souffrant de troubles mentaux. Cette clientèle est pour la plupart prise en charge par les médecins de famille, des infirmières hygiénistes et le personnel qui fait partie d'un réseau d'aide communautaire. Toutefois, les principes sur lesquels repose cette spécialité peuvent et devraient être observés par tous ceux qui planifient et administrent les programmes de prise en charge et de traitement des malades mentaux âgés.

Les soins psychogériatriques font appel à des professionnels appartenant à des disciplines diverses, aux ressources communautaires et au réseau de soutien. Les équipes mobiles jouent un rôle de premier plan en ce sens qu'elles permettent au malade de bénéficier d'une évaluation à domicile et offrent des services consultatifs aux établissements de soins prolongés. L'évaluation, le traitement et la planification sont envisagés dans une perspective très vaste et confiés à une équipe pluridisciplinaire. L'accent est mis sur le suivi et la coordination dans la prestation des services.

La prise en charge et le traitement des malades mentaux âgés ont entre autres pour objectif d'atténuer le sentiment de désarroi chez le malade et sa famille, de maintenir ou d'améliorer le fonctionnement de l'intéressé et de mobiliser ses aptitudes à mener une vie autonome. Ces objectifs devraient être valables pour tous les malades, qu'ils vivent chez eux ou dans un établissement : un certain degré d'autonomie devrait pouvoir être atteint, quel que soit le cadre de vie. Il faut faire en sorte que les malades atteignent le plus haut niveau d'autonomie possible et le maintiennent. À cet égard, les services offerts devraient se limiter au strict nécessaire étant donné qu'il est facile de créer un état de dépendance chez les personnes âgées.

Le contenu du plan de prise en charge est en grande partie tributaire de facteurs non cliniques, notamment le niveau de fonctionnement de l'intéressé, son réseau de soutien et son milieu de vie. La situation familiale de l'intéressé peut soit représenter un atout, soit se définir en terme de besoins. Dans un cas comme dans l'autre, elle doit être prise en considération dans la planification des soins à dispenser au malade.

Il ne faudrait jamais écarter la possibilité d'une réadaptation en se fondant uniquement sur le critère de l'âge, même lorsque le malade est très âgé. S'il est vrai que bon nombre de patients âgés ont besoin de soins de longue durée ou continus, beaucoup peuvent retrouver la santé et l'autonomie avec les services de traitement et de réadaptation appropriés. La réadaptation joue un autre rôle important: assurer un niveau optimal de fonctionnement dans le cas de ceux qui ne peuvent se rendre aussi loin.

Il est aussi indispensable de veiller aux besoins des personnes qui s'occupent des malades âgés. Ainsi, les familles ont parfois besoin de soutien, de

conseils et d'aide pour pouvoir procurer aux malades les meilleurs soins possible, tout en gardant elles-mêmes le moral. Cette remarque vaut également pour les personnes qui dispensent des soins aux malades âgés en établissement, sauf que dans leur cas les formes d'aide nécessaire ne seront pas les mêmes.

Ressources offertes en matière de soins

Les ressources dont on a besoin pour répondre aux besoins spéciaux du malade mental âgé peuvent être classées dans deux grandes catégories : les services psychogériatriques et les services de soutien.

A. Les services psychogériatriques

1. Fonctions essentielles

Étant donné que les services psychogériatriques spécialisés ne sont pas encore très répandus, il importe d'établir des priorités pour l'utilisation des ressources existantes ou en voie d'élaboration. Très brièvement, voici en quoi consiste leur rôle.

a) Le diagnostic pour les cas difficiles : Les services spécialisés et les spécialistes en gérontopsychiatrie peuvent offrir des services diagnostiques au malade dont l'état présente des difficultés particulières pour le médecin traitant. Une fois le diagnostic posé, le malade est de nouveau confié au médecin de famille qui administrera le traitement; toutefois, l'équipe peut venir en aide à ce dernier en cas de besoin.

b) L'établissement de programmes thérapeutiques : L'équipe psychogériatrique peut élaborer des programmes thérapeutiques qui seront mis en application par le médecin traitant ou des travailleurs communautaires, notamment les infirmières hygiénistes. Les modalités des programmes peuvent comprendre une psychothérapie individuelle ou familiale, la modification du comportement ou un ensemble de services spéciaux, par exemple la physiothérapie, les électrochocs, la psychothérapie et l'action communautaire. Le plan doit également tenir compte des besoins de ceux qui dispensent les soins, par exemple en adressant la famille à un groupe de soutien, à un service de soins à domicile ou à d'autres ressources communautaires. Le patient peut aussi avoir besoin de services coordonnés, dispensés dans un hôpital psychogériatrique ou gériatrique de jour lorsque celui-ci souffre de troubles graves et que son traitement donnera de meilleurs résultats si son état de santé physique et mentale fait l'objet d'une surveillance constante.

c) L'évaluation à caractère juridique : Il peut être nécessaire de faire une évaluation pour déterminer si un malade mental est capable sur les plans juridique et financier. Il peut également être nécessaire d'informer les familles des conséquences d'une incapacité juridique et de les aider à composer avec cet état de choses.

d) Les services de consultation dans la collectivité : Des spécialistes en gérontopsychiatrie et d'autres professionnels spécialisés dans les services de santé mentale adaptés à la population âgée peuvent fournir des services de consultation aux organismes et programmes communautaires, aux unités de soins gériatriques et de soins médicaux-chirurgicaux d'hôpitaux généraux ainsi qu'aux établissements de soins prolongés. Il est important que ces professionels reçoivent la formation voulue pour agir à titre d'experts-conseils en santé mentale et reconnaissent l'importance du rôle qu'ils sont appelés à jouer sur ce plan. Ils peuvent examiner les problèmes que pose un malade en particulier à un établissement, et suggérer ou élaborer des solutions, lesquelles peuvent tout aussi bien consister à modifier le milieu ou les attitudes du personnel qu'à attirer l'attention sur de nouvelles approches thérapeutiques. Il peut également être nécessaire de se pencher sur les problèmes de relations entre le personnel et la famille, et de tenter de mettre à contribution les familles dans la mise en application du programme de soins.

e) La recherche, l'éducation et la formation* : Les services psychogériatriques ont un rôle important à jouer dans les domaines de l'enseignement, de la formation et de la recherche fondamentale et appliquée. En effet, rares sont les personnes appelées à travailler auprès de la population âgée, surtout des malades mentaux âgés, qui ont reçu une formation spécialisée en la matière. Aussi, il y aurait lieu d'offrir davantage de programmes bien conçus en gérontologie et en psychogériatrie aux membres de toutes les disciplines qui dispensent des soins, par le biais de programmes d'éducation permanente, de perfectionnement et de formation en cours d'emploi. Les personnes éloignées des centres d'enseignement peuvent faire appel aux conférences téléphoniques, aux cassettes audio et vidéo,

* Une analyse plus poussée des exigences liées à la recherche, à l'éducation et à la formation, dans le contexte des soins psychogériatriques, déborderait du cadre de ce document. Il est à souhaiter que ces questions de la plus haute importance soient traitées de façon plus approfondie dans une autre publication.

aux trousses d'information spécialisée, aux ateliers et aux services de consultation itinérants ainsi qu'à d'autres formules pour bénéficier des rares ressources disponibles dans l'enseignement de la psychogériatrie. C'est à cette seule condition que l'on pourra accroître le nombre des effectifs dûment formés capables de répondre à la demande croissante.

Il est également nécessaire de renseigner la population sur les besoins des malades mentaux âgés et les soins à leur prodiguer. Là encore, les membres de l'équipe psychogériatrique peuvent y contribuer dans le cadre d'activités structurées ou non.

2. Les composantes essentielles

Voici un relevé des composantes essentielles d'un service complet de santé pour la population âgée.

a) L'équipe d'experts-conseils œuvrant dans la collectivité

Il s'agit d'une équipe qui offre aux malades leur première consultation, dans leur propre foyer ou dans un établissement de soins prolongés. Idéalement, elle se compose d'un psychiatre ou d'un autre médecin, d'une infirmière, d'un travailleur social et d'un ergothérapeute. Un psychologue peut également être intégré à l'équipe ou faire partie d'un centre de consultation externe pour malades mentaux âgés (voir description ci-dessous). La composition d'une équipe donnée importe moins que l'expérience et la formation de l'ensemble de ses membres en psychogériatrie, ainsi que sa capacité de répondre à toute la gamme de questions posées par l'évaluation, le traitement et la prise en charge. L'équipe peut faire appel à un certain nombre d'autres spécialistes qui peuvent dans certains cas se joindre à elle. Selon le cas, l'ensemble de l'équipe ou un seul de ses membres peut faire fonction d'expert-conseil.

L'équipe s'occupe de l'évaluation et élabore le programme de prise en charge pour éviter l'hospitalisation. Elle peut également traiter les malades qui, pour une raison ou une autre, ne peuvent se rendre à l'hôpital et offre d'intervenir en cas de situation familiale complexe. Elle peut agir à titre d'expert-conseil auprès d'organismes et d'établissements non cliniques. Cette fonction de l'équipe est d'autant plus importante dans les administrations qui ont choisi de mettre sur pied des services spécialisés à l'intérieur d'établissements et de programmes de soins prolongés* pour répondre aux besoins des malades mentaux.

b) La clinique externe en psychogériatrie

Qu'elle soit rattachée ou non à un hôpital, la clinique psychogériatrique offre des services de diagnostic, d'évaluation et de traitement lorsque l'intervention d'une équipe spécialisée s'impose. Il s'agit d'une importante ressource pour les médecins de la collectivité. En règle générale, le malade qui se présente à la clinique doit être recommandé par un médecin, étant donné que le programme thérapeutique suppose l'intervention constante d'un médecin. La clinique peut également offrir des services de post-observation à certains malades ou encore des services d'intervention d'urgence.

c) Les programmes de jour

Les programmes de jour permettent aux malades de demeurer dans la collectivité, leur évitent l'hospitalisation et offrent aux familles des services de relève. Il existe essentiellement deux types de programmes de jour, à savoir les hôpitaux de jour et les soins de jour, qui offrent chacun des services différents à une clientèle différente. Dans les petites villes ou dans les milieux ruraux, les deux programmes peuvent être administrés dans le même local.

i. ***L'hôpital psychiatrique de jour*** : Ce genre d'hôpital offre un cadre pour l'évaluation des malades dont l'état justifie une observation de plus longue durée que ne le permet la consultation dans un cabinet de médecin ou une visite à domicile. Il peut par exemple s'agir d'obtenir des renseignements précis sur la façon dont le sujet fonctionne à l'intérieur d'un groupe, dont se manifestent ses pertes de mémoire ou sur sa manière de vivre un deuil.

Il est possible d'éviter au malade une hospitalisation complète en l'adressant à un hôpital de jour, doté des services et installations voulues pour l'élaboration d'un diagnostic sérieux et pour les examens à effectuer lorsque des troubles physiques viennent compliquer une maladie mentale. Dans un tel cadre, le personnel peut facilement suivre quotidiennement l'état de santé physique et mentale du sujet, et il est facile de réaliser les électrœncéphalogrammes et les tests sanguins.

Les malades ayant eu besoin d'une hospitalisation complète peuvent dans bien des cas obtenir

---

* Par exemple, des unités de soins spéciaux à l'intérieur de foyers de soins ou des services adaptés d'aide ménagère pour les malades mentaux âgés vivant dans la collectivité.

plus tôt leur congé de l'établissement à condition de pouvoir poursuivre leur traitement dans un hôpital de jour. Les programmes offerts dans un hôpital de jour permettent également de retarder ou de prévenir une réadmission des malades ayant besoin d'un encadrement et d'un soutien plus grands que ne le permet le simple état de consultant externe.

ii. *Les soins de jour* : Aux malades chroniques n'ayant plus besoin de toute l'attention médicale et thérapeutique assurée par l'hôpital de jour, les programmes de soins de jour offrent des soins de soutien et d'entretien à long terme. Ces programmes procurent aux malades structure, soutien et surveillance et mettent à leur disposition toute une gamme d'activités sociales et récréatives. Les programmes de soins de jour qui offrent la souplesse et les ressources voulues pour répondre aux besoins des malades psychogériatriques représentent une solution rentable lorsqu'on veut aider ces derniers à conserver un niveau de fonctionnement mental et physique optimal tout en allégeant le fardeau des membres de la famille qui en prennent soin. Dans beaucoup de provinces, les programmes de soins de jour relèvent des services sociaux plutôt que des ministères de la santé.

d) Les programmes psychogériatriques offerts en établissement pour les évaluations et les thérapies de courte durée*

i. *Fonctions essentielles*: L'admission pour un court séjour dans un service psychogériatrique d'un hôpital général ou psychiatrique peut faire partie du plan initial relatif à l'évaluation et au traitement, ou il peut s'agir de l'aboutissement logique de diverses crises (état de santé, vie sociale, comportement ou vie privée). Dans un cas comme dans l'autre, il est essentiel de demeurer en contact permanent avec le médecin de famille et le principal pourvoyeur de soins, qu'il s'agisse d'un membre de la famille ou d'un membre du personnel d'un foyer, et de s'assurer de leur constante collaboration. Il faudrait encourager tous ces gens, y compris le malade, à percevoir l'hospitalisation comme une mesure temporaire qui vise à un objectif bien défini. Il y a lieu de veiller à ce qu'aucune décision irrévocable ne soit prise à ce stade au sujet des effets personnels et du logement du malade. Il faut s'intéresser très tôt au moment où le malade doit réintégrer la collectivité ainsi qu'à la façon dont la transition doit se faire. La planification de la sortie de l'hôpital, y compris des contacts avec les ressources humaines et les organismes communautaires appropriés, devraient idéalement débuter au moment même de l'admission.

L'admission d'un malade pour un séjour de courte durée peut parfois s'avérer utile pour des raisons liées au réseau de soin habituel. En effet, les membres de la famille du malade qui s'occupent de ce dernier peuvent un jour ou l'autre tomber malades ou décéder, ou encore, le comportement de l'intéressé peut se détériorer à un point tel que tous ceux qui s'occupent de lui en deviennent complètement épuisés. Bien que ce genre de situation ne corresponde pas nécessairement à la véritable vocation de l'établissement, il peut être nécessaire d'y admettre le malade jusqu'à ce que la période critique soit surmontée. Quoi qu'il en soit, le malade admis doit faire l'objet d'une évaluation complète et des examens appropriés.

ii. *Les ressources humaines* : Les soins sont assurés par une équipe pluridisciplinaire qui peut faire appel aux spécialistes d'autres disciplines. Le noyau de l'équipe est généralement composé d'un psychiatre, d'un psychologue, d'infirmières, d'un travailleur social et d'un ergothérapeute; mais sa composition importe moins que les fonctions qu'elle remplit. S'il n'est pas essentiel que chaque équipe comprenne un travailleur social ou un ergothérapeute, il est cependant indispensable d'examiner les rapports sociaux et familiaux de chaque malade et d'évaluer et d'améliorer son aptitude à composer avec les activités de la vie quotidienne.

iii. *Les installations physiques et médicales* : Un service psychogériatrique peut revêtir des formes diverses. Il peut s'agir d'un service séparé ou utiliser des lits réservés à l'ensemble de la population des malades dans un service psychiatrique, ou encore, il peut s'agir d'une partie intégrante d'un service gériatrique. Il peut être implanté dans un hôpital psychiatrique ou un hôpital général, lequel est normalement mieux équipé pour réaliser les examens médicaux nécessaires.

Si l'unité de soins psychogériatriques pour des séjours de courte durée se trouve dans un hôpital

---

* Le présent document met l'accent sur les services psychogériatriques proprement dits. Cependant, dans certains cas où l'on soupçonne que les symptômes cognitifs, affectifs ou comportementaux sont essentiellement provoqués par des affections physiques ou des états toxiques, l'admission à une unité de soins gériatriques peut également être justifiée. Il est important que les services psychogériatriques et gériatriques œuvrent en étroite collaboration pour veiller à ce que l'évaluation et la planification soient exhaustives. Quiconque désire se renseigner davantage au sujet des services gériatriques peut consulter les Directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux : unités de gériatrie dans les hôpitaux, hôpitaux de jour pour personnes âgées. Ottawa. Direction des services de santé, 1979.

psychiatrique, cadre qui dans certains cas convient davantage aux malades qui ont besoin d'une surveillance plus étroite ou d'autres ressources spécialisées, un tel service devrait avoir facilement accès aux soins médicaux réservés aux malades aigus, et pouvoir transférer rapidement de service les patients dont l'état le justifie. Le personnel infirmier préposé aux services psychogériatriques, que ce soit dans un hôpital général ou un établissement psychiatrique, devrait de préférence posséder une formation en soins infirmiers généraux et psychiatriques, ainsi qu'une connaissance théorique et pratique de la clientèle âgée.

e) La réadaptation et les lits réservés aux séjours de durée moyenne

Pour la réadaptation de certains malades, il peut être nécessaire de disposer d'un service doté de lits disponibles pendant une période variant de trois mois à une année. Il existe actuellement une tendance générale qui consiste à abréger les séjours à l'hôpital des malades mentaux en faisant en sorte qu'ils ne dépassent pas un mois. Il s'agit là d'une période trop courte pour certains malades qui ne sont cependant pas des candidats aux soins chroniques. Pour préparer le malade à se passer graduellement de l'établissement et faciliter son intégration à la collectivité, il peut être nécessaire de recourir à des formules très diverses : ergothérapie, programmes axés sur les loisirs, planification des loisirs et sorties dans la collectivité.

f) Les établissements qui offrent des soins prolongés*

La première solution à envisager serait d'offrir des soins chroniques aux malades dans leur propre collectivité, avec tout ce que cela comporte comme aide, soutien et suivi. Toutefois, les établissements de soins psychiatriques chroniques continueront de jouer un rôle indispensable en dépit des améliorations enregistrées dans les domaines de la thérapie, de la prévention et des services communautaires. La population psychogériatrique chronique s'étend, mais elle est hétérogène, ce qui impose la diversité sur les plans des cadres, des programmes et des degrés de soins infirmiers. En outre, il y a lieu de prévoir davantage de lits pour ce type de clientèle dans les foyers de soins, les hôpitaux psychiatriques et les établissements de soins chroniques, les résidences et les foyers de groupe.

Le placement de certaines catégories de malades dans certains types d'établissement pose des difficultés particulières. Souvent, des foyers de soins hésitent à admettre des malades atteints de démence terminale, ainsi que ceux qui sont entièrement dépendants ou gravement perturbés ou perturbants. Au nombre des problèmes réels ou prévisibles qui peuvent donner matière à inquiétude, on pourrait citer : le comportement agressif ou violent, l'errance, l'incontinence, les crises de larmes ou les cris fréquents, le dérèglement des habitudes de sommeil, les revendications ou questions répétitives, une dépendance excessive sur le plan affectif, le refus ou l'incapacité de collaborer aux tâches liées à l'hygiène personnelle, un dérèglement du comportement au moment des repas, le repli sur soi, l'anxiété et des états délirants. Les établissements de soins prolongés pourraient plus facilement s'attaquer à ce genre de problèmes si les centres de soins psychogériatriques offraient des services de traitement, de suivi et de consultation et si l'on mettait sur pied davantage de programmes, d'infrastructures et de services efficaces, adaptés aux besoins des clients souffrant de dépression, de démence ou d'autres troubles mentaux. Les données recueillies récemment indiquent qu'une forte proportion de la clientèle de ce genre d'établissement fait partie de cette catégorie.

L'établissement de soins chroniques peut s'avérer la seule solution valable lorsqu'on a affaire à des malades dont on ne peut combler les besoins par des installations et services spéciaux à l'intérieur du foyer de soins; encore là, il faut faire appel à des services et programmes spécialisés.

Les personnes qui ont vieilli dans un hôpital psychiatrique ou dans un autre établissement de soins pour malades mentaux chroniques représentent un autre groupe difficile. On a tendance à croire que 65 ans est un âge limite où ce genre de malades doivent être transférés dans des établissements ou programmes spéciaux pour personnes âgées. Or, il n'est ni logique ni humain de créer inutilement un tel bouleversement dans la vie de ceux qui considèrent l'hôpital ou une résidence comme leur foyer. Le réseau qui jusqu'ici a dispensé des soins à vie aux schizophrènes ou à des personnes handicapées sur le plan du développement, qui n'ont jamais été en mesure de mener une vie autonome, devrait continuer d'assumer cette responsabilité à l'égard de ces personnes. Il faudrait faire en sorte de

---

* Le lecteur désireux de se renseigner davantage sur les soins prolongés offerts en établissement peut consulter les Directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux. Établissements de soins prolongés pour adultes. Ottawa : Direction des services de santé, 1984.

ne les déplacer que lorsque leur état de santé mentale ou physique rend cette mesure nécessaire. Le choix du cadre le plus approprié devrait dépendre essentiellement de la capacité fonctionnelle et du degré de perturbation et non pas reposer uniquement sur l'âge ou le diagnostic.

Aucun établissement de soins chroniques ne devrait se contenter d'offrir uniquement des soins physiques ou de garde. Quel que soit le cadre, les activités physiques, l'ergothérapie et les activités de loisirs devraient être mises à la disposition de ceux qui sont en mesure d'en tirer profit, même si leurs capacités sont limitées. Il devrait y avoir des programmes adaptés à différents niveaux de besoins et les malades devraient avoir la possibilité de passer d'un programme à l'autre sans devoir quitter l'établissement. Une équipe mobile ou le personnel de l'établissement devrait évaluer régulièrement les malades pour déterminer si les programmes correspondent toujours à leurs besoins, qui évoluent avec le temps.Ces aspects des soins aux malades devraient être abordés dans le code écrit de normes applicables aux établissements de soins prolongés, et les fonds qui leur sont accordés devraient dépendre d'un niveau approprié de programmes, d'activités et de services psycho-sociaux.

Les foyers de soins et d'autres établissements de soins chroniques devraient offrir aux malades un milieu protecteur 24 heures sur 24; ces derniers devraient pouvoir consulter un médecin affecté à l'établissement, qui montrerait un intérêt réel pour les besoins des personnes âgées et pourrait avoir accès aux services gérontopsychiatriques. Tous les établissements de soins chroniques devraient être officiellement rattachés à un hôpital dont le personnel assumerait la responsabilité de l'action et de la consultation communautaires. Étant donné la pénurie de personnel qui frappe bon nombre d'établissements de soins chroniques, le soutien et l'intervention judicieuse des spécialistes en gérontopsychiatrie peuvent avoir une influence vitale sur le bien-être des malades comme sur le moral du personnel.

g) L'éducation et la liaison axées sur la collectivité

Les services psychogériatriques ont entre autres pour rôle d'offrir des conseils aux intervenants œuvrant en milieu communautaire ainsi que des activités éducatives et de formation. C'est pourquoi il faudrait veiller en permanence à ce qu'il y ait suffisamment de ressources humaines et autres, pour mieux faire connaître les principes et les méthodes de la psychogériatrie et pour en répandre l'utilisation.

B. Les services de soutien

À chaque étape du continuum qui va de la vie autonome au placement intégral en établlissement, il importe de déterminer sérieusement quels sont les besoins du malade et les ressources dont il dispose, à divers égards : alimentation, logement abordable et convenable, activités de la vie quotidienne et hygiène personnelle, transport, loisirs, encadrement, vie sociale, aide financière et gestion des finances, aide et soutien à la famille. Les ressources qui existent déjà dans le milieu où vit le malade ne devraient jamais être négligées. En effet, avec les modifications ou les aménagements qui s'imposent, elles se révèlent souvent le moyen le plus souple, le plus fiable et le plus rentable de répondre aux besoins fondamentaux du client.

Les principales sources de soutien des personnes âgées dans la collectivité sont généralement les amis, les voisins et, surtout, la famille. À ceux-là peuvent s'ajouter les bénévoles appartenant à des associations paroissiales, à la municipalité ou aux organismes sociaux, ou encore le réseau de services sociaux. Aucune de ces sources d'aide ne suffit pas nécessairement à elle seule à répondre aux besoins du malade. Au moment de l'établissement du programme de prise en charge, il s'agit de savoir doser les services des secteurs public, privé et bénévole, selon les besoins de l'intéressé.

Si la plupart des interventions visent à permettre au malade de demeurer chez lui, tous les services ne doivent pas nécessairement être offerts à domicile. Bon nombre de services dispensés en établissement, par exemple les programmes administrés dans les hôpitaux de jour, peuvent jouer un rôle vital.

On trouvera ci-après, par catégorie de besoins, un aperçu de la diversité des formes d'aide communautaire et d'intervention généralement nécessaires. Les services offerts dans les résidences et foyers protégés sont dans certains cas évoqués. Il importe également de souligner qu'il peut être nécessaire de modifier les services de soutien déjà en place de manière à les adapter aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux.

1. L'alimentation

La mauvaise alimentation est un phénomène très courant chez les personnes âgées et peut être attribuée à un certain nombre de facteurs, notamment un revenu insuffisant, les difficultés de déplacement, l'affaiblissement de la vue ou l'incapacité de cuisiner. Quelle que soit l'origine du problème, il peut être nécessaire d'intervenir pour veiller à ce que le malade s'alimente de façon adéquate. La

famille, les amis, les voisins ou une auxiliaire familiale peuvent offrir de l'aide dans l'achat ou la préparation des aliments. Un repas chaud peut être livré à domicile chaque jour par les cantines mobiles (popotes roulantes) ou fourni dans des centres paroissiaux ou des organismes bénévoles. La plupart des programmes et centres pour personnes âgées offrent le repas du midi et des collations, et peuvent également dispenser une formation dans l'achat et la préparation des aliments dans le cadre d'un programme axé sur les activités quotidiennes.

Quel que soit le service ou l'organisme qui se charge de l'alimentation du malade, il est important de veiller à ce qu'il remplisse effectivement sa fonction. Il y a lieu de prévenir le responsable du cas si l'on s'aperçoit qu'il n'y a rien à manger dans la maison ou que le malade laisse régulièrement de côté une bonne partie des repas qui lui sont servis à domicile. Il importe de déterminer la cause de ce comportement de façon à prendre au besoin d'autres dispositions.

Selon le cadre de vie et le niveau des besoins, les personnes vivant dans des résidences protégées, des foyers pour personnes âgées ou d'autres établissements peuvent avoir la possibilité de se prévaloir d'un service de repas offert dans une salle à manger ou une cafétéria subventionnée. Les repas pris en commun offrent la possibilité d'avoir des contacts sociaux et une forme de surveillance exercée par le personnel qui peut vérifier si les occupants refusent de s'alimenter ou s'ils ne se présentent pas à l'heure des repas. Il reste que l'imposition de règles trop strictes concernant les repas (par exemple l'absence de choix concernant les heures et les menus) peut saper le sentiment d'autonomie de l'intéressé. Il peut être nécessaire d'adopter des dispositions spéciales et, dans certains cas, de prévoir des aires séparées, lorsqu'on a affaire à des malades dont le comportement est gravement perturbé et à ceux qui ont besoin d'une attention individuelle au moment des repas.

2. Le logement

Il peut y avoir énormément de facteurs à prendre en considération dans le cas des personnes âgées qui continuent de vivre dans leur propre maison ou appartement. En effet, le logement peut être trop grand, représenter beaucoup de frais ou de problèmes d'entretien ou être trop isolé. Le système de chauffage peut laisser à désirer. L'aménagement physique des lieux (les escaliers, les embrasures étroites, etc.) peut poser des problèmes aux personnes à mobilité réduite. Toutefois, avec les réaménagements nécessaires, le logement peut devenir plus sûr ou plus pratique. Bon nombre d'autorités municipales accordent des subventions pour la modification des logements des personnes âgées.

S'il apparaît évident que le malade est incapable de se débrouiller seul dans sa maison ou son appartement, il faut cependant prendre soin de ne pas s'en débarrasser trop rapidement. Il a été prouvé qu'un déménagement a des effets néfastes sur les personnes âgées surtout s'il s'agit de quitter un lieu où elles ont habité pendant de nombreuses années. Il importe donc de tenter de garder intact le logement du malade, du moins pendant la phase aiguë, jusqu'à ce que l'on obtienne un pronostic plus exact et que l'on ait établi un plan pour la prise en charge.

Lorsque le maintien du malade à domicile devient impossible, même avec un maximum de services de soutien, l'intéressé, les membres de sa famille et le personnel approprié (par exemple le travailleur social) devraient choisir ensemble la solution la plus indiquée. La plupart des provinces offrent aux personnes âgées toute une gamme de logements subventionnés ou d'habitations à loyer modique. Il peut s'agir de maisons séparées ou d'appartements dans des zones spécialement aménagées par la ville, de complexes d'habitation pour personnes âgées qui offrent ou non les commodités et les services d'un personnel qui vit sur les lieux, ou encore de foyers pour personnes âgées ou de foyers de soins spéciaux qui dispensent des soins à des niveaux différents. (Voir «Les établissements qui offrent des soins prolongés» à la page 19, dans ce chapitre.) La surveillance peut être assurée à des degrés divers par le personnel de l'établissement. On peut également avoir recours pour cela à d'autres mesures, notamment un système de sonnerie d'urgence installé dans la salle de bains et la chambre à coucher. Les autres occupants peuvent aussi jouer un rôle important sur les plans de la sécurité et du soutien psychosocial.

Bien que les soins en établissement supposent la présence de tous les services de soutien nécessaire, tel n'est pas toujours le cas. On n'insistera jamais assez sur l'importance du rôle que doit jouer l'établissement en tant que lieu de résidence de la personne et partie intégrante de la vie de la collectivité. Les décisions concernant les horaires et l'aménagement, les changements à apporter au programme et les transferts d'un établissement à l'autre ne devraient être prises sans qu'on ait sérieusement tenu compte de leurs répercussions possibles sur la santé mentale des occupants. Les soins psychosociaux doivent être considérés comme un aspect essentiel des services offerts en établissement.

Il est important que les malades puissent avoir accès aux soins médicaux. Dans les complexes d'habitations pour personnes âgées, il arrive qu'un personnel médical ou infirmier ait des bureaux dans l'immeuble même. Certains sujets devront être placés dans des familles d'accueil ou des pensions de famille qui dans bien des cas conservent des liens avec l'hôpital où auront séjourné les malades. Les foyers de soins et les unités pour maladies chroniques comptent des infirmières parmi leurs employés et font généralement appel aux services d'un médecin. Ce dernier devrait bien connaître la clientèle âgée et montrer un intérêt particulier pour celle-ci. Il devrait aussi avoir accès au besoin à des services de consultation en psychogériatrie. La présence de services de consultation peut être un facteur critique lorsqu'il s'agit de déterminer si un établissement gardera un occupant au moment de l'apparition ou de la détérioration de symptômes psychiatriques.

Quel que soit le cadre, il est important que le niveau de soins fournis ne dépasse pas les besoins du malade et que ce dernier reçoive l'aide nécessaire pour conserver et utiliser toutes les aptitudes et capacités qui lui restent.

3. Les activités de la vie quotidienne et l'hygiène personnelle

Le malade peut avoir besoin d'aide pour mener les activités rattachées à la vie quotidienne. Souvent, à la suite d'un événement critique vécu par un membre âgé de la famille, les enfants adultes qui ne se sont jusque-là jamais occupés de lui peuvent être disposés à le faire, du moins pour une période limitée. Les voisins peuvent également agir de cette façon. Les auxiliaires familiales appartenant à des organismes bénévoles peuvent accomplir de menus travaux ménagers et s'occuper de l'hygiène personnelle du malade, mais elles n'offrent peut-être pas beaucoup de souplesse pour ce qui est du moment de leur intervention et du type de services qu'elles peuvent assurer. Certains soins d'hygiène personnelle, par exemple le fait d'aider une personne fragile ou confuse à prendre un bain, peut ne pas faire partie du mandat de l'auxiliaire familiale qui ne souscrit pas à une assurance spéciale. Quant à l'aide dont a besoin le malade à l'heure du coucher, elle n'est pas nécessairement disponible puisque le moment ne coïncide pas avec les heures normales de travail. Dans de tels cas, la souplesse dans la prestation de services peut éviter un placement en établissement prématuré ou injustifié.

Une formation axée sur les activités de la vie quotidienne peut dans bien des cas aider le malade handicapé sur le plan fonctionnel ou cognitif à acquérir une routine plus simple. Dans certaines régions, la formation peut être fournie à domicile, ce qui représente un avantage en ce sens que le malade fait son apprentissage sur son propre terrain. Un réaménagement de la cuisine, de la salle de bains et d'autres pièces peuvent aussi lui simplifier la vie.

Les gros travaux ménagers, les réparations et la décoration sont des tâches qui peuvent poser des difficultés à la personne âgée qui vit chez elle. Le simple fait de changer une ampoule électrique peut poser des problèmes. Bien qu'il ne soit pas toujours disponible, ce type de services peut être considéré comme un élément essentiel d'un programme complet de services de soutien à domicile.

Dans les établissements, les malades devraient recevoir de l'aide sur les plans de l'hygiène personnelle et des activités quotidiennes de la part du personnel, d'autres occupants ou d'un service public, privé ou bénévole, selon les besoins de l'intéressé.

4. La gestion financière

Avec l'affaiblissement des facultés mentales et le début de la confusion, le sujet peut avoir davantage besoin d'aide sur le plan de la gestion financière, que ce soit dans l'établissement d'un budget quotidien ou dans la gestion à plus long terme de son argent. Les femmes âgées ont parfois laissé à leur conjoint le soin de s'occuper de ce genre de questions de sorte que, une fois ce dernier décédé, elles peuvent avoir besoin d'aide sur ce plan. D'autres peuvent ne pas être familiarisées avec les mesures d'aide financière qui s'appliquent actuellement à leur groupe d'âge. Il n'est pas nécessairement facile d'être au courant des diverses prestations offertes et de comprendre les critères d'admissibilité. Divers autres facteurs peuvent empêcher les personnes âgées de rechercher l'aide financière à laquelle elles ont droit. Les personnes âgées d'aujourd'hui étaient jeunes au moment de la Dépression, et beaucoup n'arrivent pas à se départir des idées qu'elles avaient autrefois au sujet de la dépendance et de la charité, et sont incapables de considérer que les prestations de vieillesse leur reviennent de droit. Elles continuent souvent à se méfier de l'aide financière accordée par l'État craignant peut-être de faire l'objet d'un examen des ressources financières, de perdre leur intimité ou de voir leurs autres sources de revenu (par exemple les pensions d'ancien combattant ou prestations provenant d'un autre pays) confisquées.

Les personnes âgées qui ont immigré au Canada ne connaissent pas nécessairement les

mesures sociales en vigueur ici ou sont parfois incapables, pour des raisons linguistiques, de remplir des formules ou de s'informer de leurs droits. Leurs enfants ou les membres de leur famille peuvent bien sûr leur venir en aide, mais il arrive aussi que ces derniers ne soient pas au courant de la façon de procéder.

Une aide sur les plans de l'établissement du budget et de la planification des dépenses quotidiennes peut être offerte dans le cadre de programmes de soins de jour. Le travailleur social peut également intervenir à cet égard en conseillant le malade, en orientant les membres de sa famille vers les sources d'aide appropriées ou en présentant des demandes de subventions ou d'allocations spéciales auxquelles l'intéressé peut avoir droit. C'est ici qu'intervient la qualité des rapports entre le service psychogériatrique et les ministères du bien-être social et des services sociaux et communautaires concernés.

Dans le cas des personnes vivant dans un foyer de soins ou un foyer pour personnes âgées, la gestion financière peut, à défaut de toute autre disposition, être prise en charge par le responsable de l'établissement ou être facilitée par le travailleur social. Dans certains établissements, des comptables bénévoles peuvent dispenser gratuitement des services au moment des déclarations d'impôt.

Si le malade est jugé capable d'un point de vue juridique mais a énormément de difficulté à gérer ses finances, un membre de la famille en qui on a confiance peut se voir confier la délégation de pouvoirs par procuration. Si les problèmes du malade sont graves et s'il y a peu de chances que son état s'améliore, il peut être nécessaire de voir à ce que l'intéressé soit déclaré incapable. Une personne parfaitement au courant de la législation et des pratiques en vigueur dans la province en la matière doit renseigner la famille sur les répercussions d'une telle mesure.

Une décision concernant la capacité ou l'incapacité du malade dépend de bien des facteurs et ne doit pas être fondée sur le seul diagnostic psychogériatrique. En effet, la capacité ou l'incapacité de répondre de soi-même et de faire preuve de discernement dépend de l'activité en cause (par exemple, l'incompétence peut s'appliquer aux décisions d'ordre financier mais non pas à celles qui concernent le traitement). D'où l'absolue nécessité d'effectuer une évaluation spécialisée et exhaustive. Chacune des solutions qui peuvent être envisagées sur le plan juridique, à savoir la procuration, la curatelle, la tutelle totale ou partielle, présente à la fois des avantages et des inconvénients. La solution qui semblerait la plus judicieuse serait la tutelle partielle valable pour une période bien déterminée, et devant être réévaluée périodiquement.*

5. Le transport

Chaque fois que l'on prescrit à un malade mental âgé un service qui nécessite un déplacement, on doit d'abord veiller à ce que l'intéressé dispose des moyens de transport nécessaires. Les problèmes de désorientation et d'autres symptômes associés aux troubles mentaux font que les malades sont souvent incapables de se déplacer tout seuls et que le transport devient une autre responsabilité que doit assumer la famille. Or, sans les services de transport adéquats, le maintien du malade dans la collectivité devient beaucoup plus difficile.

Bon nombre de régions urbaines sont très bien desservies par le transport en commun, et le transport est subventionné pour les personnes âgées et gratuit pour les handicapés. D'autres dispositions peuvent être prises, par exemple les services de taxi subventionnés ou les services de transport spécialisés pour handicapés, offerts par les organismes bénévoles ou les municipalités. En dehors du facteur coût, bon nombre de ces formules présentent souvent un grand inconvénient, à savoir leur manque de souplesse. Ainsi, la personne peut être tenue de faire des réservations très longtemps à l'avance, ou de n'utiliser le service qu'à des fins «essentielles». En outre, dans certaines administrations, les critères d'admissibilité au transport subventionné sont trop restreints et ne s'appliquent qu'aux handicapés physiques. Dans ce cas, le transport du malade mental âgé à l'établissement qui offre un programme de jour doit parfois être pris en charge par ce dernier. Les établissements non cliniques, notamment les centres de soins de jour ou les associations de personnes âgées, dont les activités récréatives et sociales peuvent avoir une valeur thérapeutique pour la personne âgée déprimée ou qui vit dans l'isolement, n'ont généralement pas les ressources nécessaires pour assurer un service de transport régulier, à moins de disposer d'une aide pratique et financière considérable de la part du secteur bénévole. De l'avis de certains, le trans-

* Pour une analyse plus poussée des questions juridiques, voir «L'aspect juridique des soins dispensés aux personnes âgées souffrant d'incapacité mentale : la capacité, la prise en charge des intérêts et la protection des droits», Groupe d'étude sur les questions juridiques, *Santé mentale au Canada*, volume 35, no 2, juin 1987.

port subventionné pour malades mentaux âgés devrait être pris en charge par les ministères des transports ou les ministères des services communautaires et sociaux, et les problèmes d'ordre psychologique devraient être retenus comme un critère d'admissibilité pour le transport subventionné.

6. Les contacts sociaux et les loisirs

Divers organismes offrent aux personnes âgées des possibilités de rencontres sociales et de loisirs. Les groupes du troisième âge, les associations bénévoles et les établissements d'enseignement proposent diverses activités aux sujets qui ne sont pas très handicapés dans la plupart des collectivités. Quant aux autres, ils peuvent bénéficier des activités récréatives et sociales généralement offertes dans le cadre de programmes de soins de jour. Ainsi, les arts, l'artisanat, la cuisine, l'activité physique et les activités communautaires et les sorties sont des activités couramment proposées et peuvent jouer un rôle important dans le programme de prise en charge du malade.

Les malades qui ne peuvent quitter leur foyer peuvent recevoir des visites amicales des membres d'organismes bénévoles ou d'associations paroissiales. Les visites périodiques du médecin de famille et de l'infirmière hygiéniste représentent également pour le malade un contact social précieux. La plupart des établissements pour personnes âgées devraient offrir divers types de programmes d'activités sociales et récréatives. Ces initiatives peuvent être organisées par les employés de l'établissement, des organismes bénévoles, des services municipaux de parcs et de loisirs, l'organisme Centraide, un conseil de personnes âgées, des sous-comités interorganismes ou des comités formés des occupants eux-mêmes. À cet égard, les besoins des occupants souffrant de troubles mentaux doivent être sérieusement pris en considération.

7. L'aide aux familles

Ceux qui prennent soin d'un malade mental âgé à la maison devraient recevoir de l'aide lorsqu'ils en ont besoin. La plupart assument la responsabilité des soins de leur plein gré et sont disposés à persévérer malgré les circonstances difficiles, composant avec l'incontinence, l'errance ou le comportement difficile, souvent pendant des années. Cela peut représenter un lourd fardeau pour la famille, sur les plans financier, social et émotionnel. Les autres membres de la famille se voient obligés de modifier leur mode de vie de différentes façons et dans bien des cas d'abandonner leur travail, de réorganiser la vie familiale et de restreindre énormément leur propre vie familiale et sociale. Leur responsabilité peut les amener à faire des efforts physiques intenses, par exemple pour soulever et changer le malade et s'occuper du surplus de lessive occasionnée par l'incontinence. Il ne faut pas perdre de vue que ceux qui prennent soin d'un parent âgé peuvent eux-mêmes être dans la soixantaine ou avoir plus de 70 ans.

Ces familles ont un grand besoin d'information et de compréhension de la part des professionnels qui s'occupent du malade. Cela n'a pas toujours été le cas. Le personnel d'un service psychogériatrique et les médecins de famille ont le devoir de tenir la famille au courant du pronostic, des conséquences et de l'évolution de la maladie; ils doivent aussi leur indiquer quels sont les services, appareils ou techniques qui peuvent les aider à composer avec des problèmes tels que l'incontinence, le fait de soulever le malade et les comportements difficiles. La famille devrait être renseignée sur les programmes et services de soutien disponibles, le rôle des infirmières communautaires et des infirmières hygiénistes et tous les organismes bénévoles pertinents.

Les services de relève jouent un rôle précieux en ce sens qu'ils aident à prévenir ou à retarder le placement en établissement. Ils peuvent être dispensés dans un centre de soins de jour ou un service hospitalier, ou encore à domicile, à titre permanent ou occasionnel. Les fauteuils roulants et d'autres appareils peuvent être empruntés de la Croix-Rouge ou des services de santé publique.

La famille peut également avoir besoin d'aide pour composer avec les sentiments de culpabilité, de colère ou de frustration, surtout si l'incapacité est grave ou chronique. Le counseling familial ou la thérapie familiale offerts par les services psychogériatriques ou d'autres organismes peuvent être utiles, au même titre que le soutien et la compréhension accordés ou manifestés par un groupe d'entraide, par exemple la Société Alzheimer.

Enfin, les membres de la famille qui prennent soin du malade doivent savoir à qui s'adresser en cas d'urgence, en cas de changement dans l'état du malade ou si les circonstances évoluent. Souvent, c'est le médecin de famille qui sera cette personne ressource. Lorsqu'un service psychogériatrique est concerné, une personne désignée, de préférence le responsable du cas, devrait se charger d'assurer la continuité des soins et de servir de trait d'union entre la famille et l'équipe préposée aux soins, et de veiller à ce que le malade soit réévalué au besoin.

8. Les services adaptés à des besoins spéciaux

Si les malades mentaux âgés constituent un groupe dont les intérêts sont mal servis, il y a certains sous-groupes qui sont particulièrement laissés pour compte. C'est le cas entre autres des minorités ethniques aux prises avec des problèmes de communication rattachés à la langue et à la culture. Si les services de santé mentale pour les minorités sont bien implantés dans certaines zones urbaines qui comptent une forte population d'immigrants, rares sont ceux qui sont dotés de services psychogériatriques. C'est ce qui explique pourquoi beaucoup de membres de groupes ethniques sont mal servis, voire carrément négligés, surtout ceux qui ont immigré récemment ou qui viennent des pays du Tiers-Monde.

Les besoins des immigrants en matière de services gérontopsychiatriques sont considérables. Les personnes âgées trouvent parfois très difficile de s'adapter à la vie au Canada et peuvent vivre dans un état d'aliénation et d'isolement de plus en plus grand et être coupées de leur propre famille. Le fossé est encore plus grand lorsque les différences culturelles entre le pays d'origine et le Canada sont très prononcées. Pour des raisons diverses et à différents degrés, les personnes âgées autochtones peuvent également connaître un état d'aliénation profond, surtout dans les milieux urbains. Il leur est tout aussi difficile d'obtenir les services dont elles ont besoin.

Cet état de choses a plusieurs conséquences sur le plan des soins psychogériatriques. Certains groupes ethniques voient la maladie mentale et la psychothérapie d'un très mauvais œil. Certaines psychothérapies et façons de procéder en psychiatrie peuvent sembler incompréhensibles ou suspectes. Lorsque nul ne parle la langue du malade, les programmes peuvent être pour la plupart incompréhensibles. Les soins chroniques peuvent susciter des réactions de honte, de sorte que les familles peuvent avoir de la difficulté à garder les contacts avec un malade placé en établissement. L'isolement linguistique et social qui en découle ne fait qu'accentuer les problèmes mentaux et émotionnels du sujet.

Il n'est guère facile de trouver des solutions à ce genre de problèmes. S'il n'existe pas de services de santé mentale adaptés aux différentes cultures, il s'agit de rechercher l'aide d'un personnel rémunéré ou bénévole d'une association ethnique. Outre les services de traduction, ce genre d'intervenants peuvent faciliter la prise en charge du cas en interprétant les actes et leurs conséquences et en aidant les pourvoyeurs de services à comprendre les besoins et les perceptions du malade.

Il peut être nécessaire de prévoir des activités destinées à renseigner les membres de la famille sur les soins offerts en établissement. Là encore, les solutions autres que le placement en établissement doivent être envisagés sérieusement. Par exemple, le simple fait d'offrir au malade un logement plus adéquat peut lui permettre de vivre à la maison.

Il y a d'autres catégories de personnes difficiles à servir, notamment celles qui souffrent d'un trouble de la vue ou de l'ouïe. Là encore, les professionnels de la santé doivent tenter de s'assurer la collaboration de gens qui peuvent communiquer avec le malade. Comme dans le cas des immigrants et des autochtones, le traitement de ce genre de malades repose énormément sur la force de détermination et la coordination des efforts à l'échelle communautaire.

CHAPITRE III

La coordination des services et des ressources

La nature de la coordination
La raison d'être de la coordination
Les obstacles à la coordination
Quels éléments doivent être visés par la coordination?
1. La politique et la planification
2. Les ressources
3. Les programmes et services
4. L'information

Les mécanismes de coordination
1. Le bassin de population
2. Le réseau de prestation à accès unique
3. La prise en charge du cas
4. Les registres de cas et le dépistage des malades

La nature de la coordination

On entend par coordination le fait que des organismes poursuivant des objectifs communs concertent leurs efforts pour mieux les atteindre. Les intervenants doivent accepter de faire front commun à l'égard de certains ou de la totalité des aspects de la prestation des services ou de la mise en valeur et de l'exploitation de leurs ressources. Cette collaboration peut revêtir diverses formes : adoption de pratiques et de politiques communes, partage des locaux et d'autres services, ou partage ou redistribution des ressources, clients ou données. Elle peut être laissée à la discrétion des intervenants ou être imposée. Tous les rôles, droits et responsabilités peuvent être ou non définis en termes précis. Les structures ainsi formées peuvent tout aussi bien consister en une coalition ou une fédération, où tous les membres conservent leur autonomie et leur pouvoir de décision qu'en la création d'un «super organisme» intégré, où les pouvoirs et activités des intervenants sont regroupés dans le cadre d'un nouveau mandat commun.

Une structure administrative appropriée ne garantit cependant pas le succès de la coordination des services. Celui-ci dépend davantage de l'engagement pris par les intervenants ainsi que de la qualité et de l'efficacité des rapports de travail établis entre eux. L'absence de concurrence ou de conflit entre les membres n'est pas une condition absolue, car des différences peuvent être source de stimulation à condition que tous souscrivent fermement au principe, d'un point de vue idéologique et opérationnel. De même, la coordination ne doit pas inévitablement aboutir à l'homogénéisation des services.

Comme il s'agit d'un processus complexe qui peut nécessiter des ajustements et réajustements de part et d'autre, le succès de la coordination des services peut être long à venir et ne se fait pas du jour au lendemain. Le jeu en vaut cependant la chandelle, tant pour les clients que pour le réseau de services. En raison de sa complexité et du coût relativement élevé qu'elle représente pour les participants, ce n'est que maintenant qu'elle commence à s'étendre sur une grande échelle.

La raison d'être de la coordination

Si la coordination des services sociaux se justifie de façon générale, elle l'est d'autant plus dans le cas des malades mentaux âgés qui ont souvent besoin de services multiples ou de façon permanente. Aucun organisme n'est capable à lui seul de répondre à tous les besoins des malades. Bien qu'ils puissent être au service de la même clientèle, les organismes se distinguent parfois énormément les uns des autres à divers égards : mandats, sources de financement, ressources humaines et critères d'admissibilité aux services. Le malade âgé qui est confus et fragile peut éprouver énormément de difficulté à passer de l'un à l'autre. Les organismes appartenant à des réseaux de services différents ont tendance à fonctionner isolément les uns par rapport aux autres. Le partage des responsabilités en matière de soins (par exemple entre les hôpitaux et les organismes communautaires ou entre le réseau

de soins prolongés et le réseau de services de santé mentale) repose souvent sur des bases précaires et les possibilités d'une collaboration réelle demeurent souvent inexploitées. Un pourvoyeur de services peut très bien être peu au courant du rôle joué par d'autres pourvoyeurs et même ignorer leur existence, et les mécanismes en place pour le renvoi des malades à d'autres sources d'aide, la surveillance du malade ou la communication de renseignements à son sujet peuvent être insuffisants ou mal adaptés aux besoins. Il peut y avoir peu de continuité dans les soins, des retards dans l'obtention d'un traitement ou des lacunes dans la prestation des services. Même lorsque tous les services nécessaires sont disponibles, ils peuvent, du point de vue du malade, s'avérer fragmentés, incompréhensibles et en définitive inefficaces.

Dans l'optique des pourvoyeurs de services, la coordination est amplement justifiée.

- Elle permet une planification générale qui permet de mettre en valeur et de distribuer les rares ressources le plus judicieusement possible.
- Elle peut aider à voir à ce que les services soient accessibles à toutes les catégories de la population et à ce qu'aucune d'elles ne soit négligée ou ne bénéficie de trop de services.
- Elle permet de définir les priorités à la lumière de l'ensemble des besoins de la collectivité.
- L'existence de mécanismes efficaces pour le renvoi des malades d'un organisme à l'autre, le partage de données et la répartition des responsabilités à l'égard des malades permet de mieux suivre l'évolution de ces derniers et d'assurer la continuité des soins.
- Les mesures de financement communes et le partage de ressources peuvent aider à éliminer le double emploi et les lacunes dans la prestation des services.

Les obstacles à la coordination

Les facteurs qui font obstacle à la coordination des services sont généralement d'ordre structurel ou idéologique. Au Canada, bon nombre de ces obstacles tiennent à la multiplicité des administrations responsables de la prestation de services sociaux. Les domaines de responsabilité des autorités fédérales, provinciales et municipales peuvent se chevaucher ou engendrer des conflits. Il peut y avoir incompatibilité entre les cadres de référence, l'orientation, les politiques de financement ou la clientèle cible des différents paliers de l'administration publique. À chaque niveau, la responsabilité en matière de services est généralement répartie entre divers ministères qui ont chacun une idéologie, un mandat et des méthodes bien à lui. Il y a également les réseaux de services privés et bénévoles, qui ont leurs propres caractéristiques d'ordre administratif et philosophique.

En raison de ces divisions structurelles, l'infrastructure mise en place pour la prestation des services est inutilement rigide ou lourde, ce qui rend la coordination difficile. Par exemple, les personnes âgées malades et bien portantes relèvent généralement de deux administrations différentes, comme c'est le cas des services «psychiatriques» et «de soutien».

Compte tenu de ces différences et de la résistance naturelle au changement, les organismes peuvent se montrer inquiets à propos de leur autonomie, de leur idéologie, de leur orientation professionnelle ou de leur clientèle. Ils peuvent en effet craindre que la coordination n'entraîne une perte de pouvoir, un affaiblissement de leur aptitude à exercer un contrôle sur leurs ressources et leurs méthodes de travail. Ce sont là des préoccupations justifiées sur lesquelles il y a lieu de se pencher.

Quels éléments doivent être visés par la coordination?

Les services peuvent être coordonnés à divers niveaux, aussi bien dans le domaine de la planification générale que dans celui de la prise en charge individuelle des cas. Des politiques communes peuvent être élaborées, des ressources regroupées, des informations partagées et des programmes et services aux malades intégrés à des degrés divers. Pour que la coordination soit le plus efficace possible, ces fonctions essentielles doivent être reliées et la collaboration doit se faire à tous les paliers.

1. La politique et la planification

Si l'on veut obtenir d'excellents résultats, il est important que les services soient coordonnés sur les plans de la politique et de la prestation de services proprement dite. Il est indispensable qu'elle se fasse aux niveaux de la politique et de la planification, à défaut de quoi l'intervention des organismes peut se voir limitée par l'absence de pouvoirs, de pouvoir de décisions et de fonds. Avec le consentement de leurs administrations respectives, les participants peuvent mettre à l'essai des types plus audacieux d'intégration.

2. Les ressources

L'union fait la force : le regroupement des ressources et le partage des valeurs et des priorités peuvent accroître la force d'intervention des organismes, ce qui est une des principales raisons d'être de la coordination des services. L'intégration des mesures de financement peut permettre de mener des activités à une échelle qui auparavant dépassait le champ des possibilités de chaque organisme pris isolément, et de s'intéresser à des problèmes et clientèles généralement négligés.

Il est possible de réaliser des économies considérables en mettant en commun les ressources, notamment : partage d'un local et de services connexes tels que le transport, les achats, les responsabilités et les services de sécurité. Ces économies réalisées sur les frais généraux permettent d'accroître considérablement le budget consacré à l'amélioration et à l'expansion des services.

3. Les programmes et services

Grâce à la coordination, les programmes et services peuvent commencer à constituer les éléments d'un réseau complet de services. Il est plus facile de repérer les failles du réseau et d'y remédier lorsque les services sont reliés sur le plan opérationnel, et on peut obtenir que les organismes se signalent les uns les autres les correctifs à apporter, et on peut parvenir à une meilleure répartition des services. Un tel état de choses entraînera inévitablement des changements pour certains organismes, qui peuvent être tenus de modifier leur programme.

La continuité des soins est également plus facile à assurer à l'intérieur d'un réseau coordonné de services. La coordination permet de mieux se retrouver à l'intérieur du réseau; d'offrir des services dans l'ordre qui convient et de mieux diffuser l'information. En outre, les clients risquent moins de se sentir désorientés. Bien qu'il soit possible d'obtenir dans une certaine mesure tous ces résultats par le biais d'ententes tacites entre les organismes, le fait que les rôles et les tâches soient clairement définis au départ ne peut que contribuer à instaurer un climat de compréhension et à rehausser le moral de part et d'autre. Une telle approche peut constituer une garantie que les attentes demeureront réalistes quelles que soient les difficultés qui se présenteront plus tard.

Au nombre des dispositions spéciales adoptées en matière de coordination, on pourrait citer l'adoption de protocoles uniformisés pour la prise en charge des clients et leur orientation vers d'autres sources d'aide, la gestion de l'information et la consultation. Les organismes peuvent être tenus de désigner certains membres de leur personnel en leur confiant des responsabilités spéciales, pour des activités telles que la participation à des réunions de conseils d'administration, aux comités mixtes de planification et d'examen et aux conférences sur les cas.

4. L'information

L'efficacité de la coordination dépend pour beaucoup de la communication. La diffusion de l'information entre les organismes peut maintenir la coordination à tous les niveaux, mais surtout lorsqu'il s'agit de l'établissement de programmes de soins aux malades. Afin de dispenser des soins complets, de façon continue, les organismes doivent recueillir, traiter et diffuser en permanence des renseignements sur leur clientèle commune. S'ils veulent que le réseau de services soit cohérent, les participants doivent être parfaitement au courant des activités et services que chacun offre et savoir comment ils sont reliés.

La coordination de l'information peut se faire avec des moyens plus ou moins perfectionnés, les éléments de base étant entre autres l'uniformisation des pratiques et de la documentation concernant la prise en charge des malades, leur orientation vers d'autres sources d'aide et leur évaluation; l'établissement de protocoles pour la transmission de données aux personnes qui ont dirigé les malades vers d'autres sources d'aide et la mise en place de mécanismes voulus pour la centralisation de la collecte et de la distribution de l'information. Les principales décisions à prendre comprennent le choix du contenu et de la présentation des données, la question de savoir si l'information doit être recueillie par les professionnels ou le personnel de soutien, et la façon de tenir à jour et de rendre accessible le réseau d'information. Les ordinateurs, les bases de données, l'établissement de programmes ou les registres de cas peuvent apporter un élément de souplesse et offrir des possibilités plus grandes, mais il faut bien prendre soin d'assurer la confidentialité des renseignements.

Les mécanismes de coordination

1. Le bassin de population

Le bassin de population est un concept qui, aux yeux de beaucoup, joue un rôle capital dans la planification de services coordonnés. Un bassin de population délimite géographiquement la population à qui l'on doit offrir les services. Il peut s'agir d'une

ville, d'une zone périphérique ou d'une région précise d'une province. Il peut être nécessaire de subdiviser de grands centres urbains en plusieurs bassins de population, mais, quoi qu'il en soit, à l'instar de la police ou des services d'incendie, les services sociaux et de santé ont pour responsabilité de dispenser des services complets à tous les gens à l'intérieur de chaque zone clairement délimitée. Les caractéristiques géographiques, les autorités en place en matière de services, les habitudes de transport, la répartition de la population ne sont que quelques-uns des facteurs qui doivent entrer en ligne de compte lorsqu'on cherche à déterminer la taille et les limites d'un bassin de population. Ce travail suppose la mise à contribution de gens parfaitement familiarisés avec la région et son réseau de services.

Étant donné que la taille et la composition démographique et sociale du bassin de population sont connues, il est plus facile de planifier et d'exploiter judicieusement les ressources et les services. On peut calculer les données numériques nécessaires à la planification des services gérontopsychiatriques en appliquant l'information que l'on possède sur l'épidémiologie, l'histoire naturelle des troubles mentaux chez les personnes âgées et les taux de survie au nombre de personnes âgées de plus de 65 ans dans la population. On peut affiner cette opération si l'on possède des données sur les services existants et les modes d'utilisation dans le bassin en question, ainsi que des données plus détaillées sur la composition socio-économique de la population cible. Il est important de connaître la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans par rapport au reste de la population pour une autre raison, à savoir que cet élément d'information permet de déterminer à la fois l'importance de la base de financement et les pressions qui peuvent être exercées sur les établissements pour personnes âgées.

Outre le fait de procurer un cadre utile pour la planification des services, un bassin de population permet d'établir l'admissibilité aux soins. Autre avantage : il facilite aux malades l'accès aux soins en ce sens que ces derniers savent où s'adresser et reçoivent des services dans leur propre voisinage. Il peut promouvoir la continuité des soins, l'élaboration de réseaux de services à accès unique et aider la clientèle à bien se retrouver à l'intérieur du réseau.

Un bassin de population définit aussi les responsabilités des pourvoyeurs de services à l'égard de la population cible. Certaines régions ou populations risquent moins d'être négligées lorsque chaque zone géographique est dotée de ses propres services. Si le bassin de population fait partie d'un ensemble plus vaste, par exemple un district ou une région avec lesquels il a des liens précis, il n'est pas indispensable que chaque bassin possède toute la gamme de services. Les ressources de l'unité géographique plus vaste peuvent être regroupées à l'échelle régionale de sorte que tous les bassins de population puissent avoir accès à tous les services essentiels, mais pas nécessairement à l'intérieur de leur propre territoire. Tel est le cas au Manitoba, où les bassins de population définis pour les soins chroniques sont reliés sur le plan opérationnel à l'intérieur de cette grande région, qui couvre l'ensemble de la province.

Il existe cependant des problèmes inhérents au concept du bassin de population. En effet, une telle forme de division suppose qu'un réseau de services sociaux et de santé puisse être agencé de cette manière, mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. Un bassin de population peut correspondre à une division naturelle créée pour des raisons géographiques ou historiques, mais il s'agit plus souvent d'une entité administrative qui peut être imposée par les administrations publiques, les conseils locaux de santé, les hôpitaux ou d'autres conseils ou programmes. Dans certaines provinces, il y a des bassins de population pour les services psychiatriques, les soins chroniques et les soins à domicile, mais ils ne sont pas nécessairement les mêmes pour ces trois types de services. Les équipes communautaires de santé mentale, par exemple, n'interviennent pas forcément dans les mêmes bassins de population que les services psychiatriques implantés dans les hôpitaux et peuvent ne pas avoir accès aux lits d'hôpitaux qui se trouvent à proximité. C'est ce qui explique la grande difficulté de la coordination des services pour malades mentaux âgés.

La réinstallation des malades peut également poser des difficultés à moins que le concept du bassin de population demeure souple. Les critères d'admissibilité des malades varient parfois d'un bassin à l'autre, comme c'est le cas d'une province à l'autre, et les malades doivent dans certains cas attendre longtemps avant de pouvoir recevoir des services dans un nouveau bassin. D'autres problèmes peuvent surgir dans les bassins qui comptent une population âgée très nombreuse, ou encore dans ceux où l'on trouve des établissements de prestige qui attirent des malades venant de loin.

La négociation et la concertation au moment de la planification peuvent atténuer sensiblement ce genre de problèmes. Les personnes âgées souffrant

de troubles mentaux ont besoin de toute la gamme de services sociaux et de santé nécessaires à leur groupe d'âge, autrement dit, aussi bien pour pouvoir composer avec les activités de la vie quotidienne que pour recevoir un traitement psychiatrique. Si l'on veut offrir à la population âgée des soins efficaces et complets, il faut que tous les services qui s'adressent à elle soient coordonnés à l'intérieur du bassin de population.

2. Le réseau de prestation à accès unique

Il s'agit là d'un moyen de contrôler et de surveiller l'utilisation des services à l'intérieur d'un réseau de services coordonnés, par exemple un bassin de population. Selon cette formule, il n'existe qu'un seul point d'accès au réseau, à partir duquel on a un accès simultané à tous les services. Cela simplifie considérablement les choses pour le malade qui n'est pas tenu de déterminer quel est le service dont il a besoin mais qui doit seulement se présenter au point d'accès. Autre avantage de cette formule : elle permet de faire une évaluation complète, fiable et uniforme des besoins cliniques et sociaux du malade, de déterminer son admissibilité aux services et de l'orienter vers le ou les services appropriés.

Le point d'accès unique est un mécanisme qui définit clairement les voies d'accès aux différents services; qui permet de contrôler le nombre de personnes qui accèdent aux services à l'intérieur du réseau, d'où la possibilité d'exercer un contrôle sur la demande pour un organisme ou un service en particulier. Il permet aussi de recueillir des données et de brosser un tableau complet des services dont a besoin une collectivité et des ressources dont elle dispose, d'où une planification plus rationnelle des services. Concrètement, il peut permettre de concilier le mieux possible le niveau et la nature des besoins du malade et le niveau des soins offerts.

Le succès de la formule repose sur la qualité de la coordination des services à l'intérieur du réseau, plus particulièrement sur la qualité des échanges entre les services. Il importe que des éléments d'information continuellement mis à jour sur les malades et la situation dans laquelle se trouvent les services soient diffusés à l'intérieur du réseau. Le contenu, la présentation et les voies de communication de l'information sont des points sur lesquels tous les participants doivent s'entendre au moment de la création du réseau.

3. La prise en charge du cas

Le terme «responsable du cas» doit être utilisé avec circonspection. Dans certaines régions, il désigne la personne qui assume la responsabilité ultime à l'égard du malade, habituellement le médecin traitant. Plus souvent, et c'est le cas dans notre étude, il renvoie au coordonnateur des soins du malade mental âgé qui peut avoir besoin d'un grand nombre de services différents simultanément ou sur une longue période. Le responsable du cas fait en sorte que le malade reçoive les traitements et services dont il a besoin et tient les cliniciens et les pourvoyeurs de soins au courant de l'évolution du malade.

Généralement membre de l'équipe gérontopsychiatrique, le responsable du cas est celui à qui il incombe de recueillir et de diffuser des données au sujet du malade, données sur lesquelles repose l'intervention de l'équipe. Son rôle tient davantage de la gestion de l'information que de la prise de décisio même s'il lui arrive de s'occuper, avec d'autres membres de l'équipe, de la planification des soins pour le malade. Une fois qu'il a le programme de soins en main, le responsable du cas a pour rôle de le mettre en application, de mobiliser les services nécessaires, d'aider le malade à régler les détails administratifs et autres, de suivre l'évolution du malade et d'en faire un compte rendu à l'équipe.

Il revient au responsable du cas de renseigner l'équipe en permanence, surtout si des problèmes surgissent sur le plan de la mise en application ou si les besoins du malade évoluent. Dans de tels cas, le responsable du cas peut plaider la cause, mais il n'a pas le pouvoir de modifier unilatéralement le programme de soins, mais seulement de le surveiller et d'en faire un compte rendu.

Le responsable du cas peut être une infirmière, un travailleur social ou un autre membre du personnel ayant déjà dispensé des soins actifs au malade dans le domaine. Les membres du personnel administratif conviennent moins à la tâche. En l'absence d'une équipe psychogériatrique, un organisme peut coordonner les soins du malade. Souvent le médecin de famille fait fonction à la fois de clinicien et de coordonnateur, mais cumuler ces deux rôles suppose un investissement énorme en temps.

Il est extrêmement important de maintenir le contact entre le malade et le médecin de famille, que ce soit directement ou par le biais du responsable du cas. Lorsque la coordination des soins pro-

longés est confiée à des personnes non spécialisées en médecine, le médecin de famille devrait prendre part à la prise de décisions.

Les proches parents du malade peuvent remplir certaines fonctions du responsable du cas. Bien qu'étant limités par l'absence de pouvoirs et de connaissances cliniques, ils peuvent néanmoins contribuer à veiller à ce que le malade reçoive effectivement les services prescrits et à tenir l'équipe thérapeutique au courant des événements ou des changements qui font que leur intervention s'impose.

En résumé, la prise en charge de cas est un excellent mécanisme de coordination à l'échelon individuel, lorsqu'on doit faire appel à une multiplicité de services. Avec un responsable du cas efficace, le malade ne se perd jamais à l'intérieur du réseau, et la famille et l'équipe thérapeutique savent que quelqu'un est spécialement nommé pour assumer la responsabilité globale des soins. Autre avantage, les choses se font au bon moment et sont portées à l'attention des pourvoyeurs de services qui peuvent par la suite prendre des décisions éclairées.

4. Les registres de cas et le dépistage des malades

Le registre de cas est un mécanisme utile de prestation de services qui peut servir à la coordination des cas comme des programmes. Il peut revêtir des formes et servir des fins très diverses mais il a essentiellement pour fonction de conserver des éléments d'information sur les malades, auxquels peuvent accéder les pourvoyeurs de services dans certaines circonstances. Il peut permettre de retracer les malades à l'intérieur du réseau de services et de disposer d'un relevé des services utilisés. C'est à partir de ce genre d'information que peut être constituée une banque de données pour la recherche et la planification des services.

Les registres peuvent contenir un minimum d'information. Le *Manitoba Home Care Registry*, par exemple, ne contient que les noms des clients. Par ailleurs, ces registres peuvent être conçus comme des réseaux locaux ou régionaux d'information et renfermer beaucoup plus de données. Ils permettent de prendre en note les traitements et services reçus, ce qui permet d'éviter que les malades soient adressés simultanément à différents établissements ou qu'un même examen soit fait plus d'une fois, danger très réel dans le cas des malades âgés qui vivent seuls, sont confus ou ont des trous de mémoire.

Il est cependant important de soigner les étapes de la planification et de la prise en charge, car les registres de cas peuvent poser un certain nombre de problèmes. Lorsqu'ils contiennent un volume considérable d'information, il y a lieu de songer à la question de la confidentialité et de prévoir un certain nombre de mesures de protection d'ordre éthique. Un registre se distingue quelque peu des notes versées au dossier du malade par son médecin en ce sens qu'il pourrait être accessible à un grand nombre de personnes, surtout lorsqu'il est informatisé. Certains pourraient soutenir que l'établissement d'une liste de personnes souffrant de maladies mentales ou recevant un traitement psychiatrique constitue une violation des droits de la personne.

Pour qu'un registre soit très utile, il doit idéalement regrouper tous les types de services et de dossiers. Cela ne peut se faire que par l'utilisation d'un numéro d'identité unique des malades, par exemple le numéro d'assurance sociale (N.A.S.). Cette formule est cependant controversée en raison des questions de confidentialité qu'elle soulève. Un type de registre de portée plus limitée (par exemple, un registre établi par programme), bien qu'étant moins utile, peut prêter moins le flanc à la critique, surtout s'il ne désigne pas les «malades mentaux» de façon manifeste. Dans cette optique, il serait plus acceptable de tenir un registre des malades ayant besoin de soins prolongés : les malades mentaux âgés et bon nombre des personnes âgées pourraient y être désignés. En regroupant les éléments d'information sur les programmes tels que les soins à domicile ou les soins prolongés pour les personnes âgées et en mettant l'accent sur les services, on peut faciliter considérablement la coordination des cas.

Les avis sont partagés quant à la question de savoir s'il convient d'enregistrer des données détaillées sur les services dans un registre de cas. Des données détaillées qui ont été enregistrées peuvent être communiquées à des fins de recherche, une fois les noms et adresses supprimés. Par contre, on ne doit transmettre des informations sur un malade en particulier que si une autorisation spéciale a été accordée. Il y a lieu de mettre en place un mécanisme de contrôle très strict à cet égard.

Un dernier problème peut être celui de la qualité de l'information. Il va sans dire que ce facteur dépend de l'efficacité et de la fiabilité de la coordination du réseau.

CHAPITRE IV

Les bénévoles et les organismes bénévoles

Les caractéristiques de l'action bénévole
La diversité des organismes bénévoles
La population bénévole
La portée de l'action bénévole auprès des malades mentaux âgés
1. Dans les établissements
2. Dans la collectivité

Les besoins des bénévoles
1. La formation
2. L'encadrement
3. Le mandat
4. Les considérations juridiques et financières
5. Le soutien et la reconnaissance

Les caractéristiques de l'action bénévole

L'action bénévole consiste essentiellement à mettre son temps, sa bonne volonté et son énergie au service d'autrui, pour parvenir à une société meilleure. Elle peut apporter au secteur des soins aux personnes âgées l'élément dont on a tant besoin pour enrichir et humaniser les services. À une époque de restrictions budgétaires, où les crédits et la main-d'œuvre formée sont rares, l'effort des bénévoles peut vraiment compter pour beaucoup dans la qualité de vie et des soins d'une forte proportion de malades mentaux âgés.

Il y a longtemps que les bénévoles s'intéressent aux malades et aux personnes âgées : ils ont sur ce plan une bonne longueur d'avance sur le gouvernement. C'est par le biais de l'action bénévole que les citoyens participent aux affaires de la collectivité, se mettent à son service, et sont sensibilisés aux besoins d'autres groupes de la société. L'action bénévole incite les gens à se sentir concernés par la collectivité et peut représenter une force puissante pour le développement communautaire. Il profite aussi bien aux clients qu'aux bénévoles, au réseau de services qu'à l'ensemble de la société. Il ne faut pas considérer l'action bénévole comme un «secteur» distinct ou concurrent car elle s'imbrique dans les réseaux de services publics et privés et les renforce.

Si on les compare au personnel rémunéré et aux organismes directement subventionnés ou œuvrant sous contrat, les organismes bénévoles jouissent d'une certaine liberté d'action à l'intérieur des réseaux de services. Les services bénévoles offrent la possibilité d'une plus grande souplesse : services dispensés à des heures et à des endroits peu habituels et selon des formules nouvelles et novatrices. Les services offerts peuvent être davantage «taillés sur mesure» et les innovations peuvent fournir un élément de stimulation à l'ensemble du réseau.

L'autonomie des organismes bénévoles permet également une intervention plus rapide. Ces derniers peuvent en effet mobiliser des ressources plus rapidement que ne le font les organismes publics. Les groupes bénévoles peuvent être constitués rapidement en cas de situation d'urgence, et une fois leur mandat rempli, ils peuvent se dissoudre tout aussi rapidement.

Enfin, l'action bénévole est essentiellement une force normalisante dans la mesure où les bénévoles sont les représentants des gens ordinaires dans des systèmes qui peuvent devenir distants, impersonnels et indifférents. Leur grand point fort est qu'ils ne sont pas des professionnels et ne font pas partie du «système». Ils ont une approche très différente de celle des professionnels et sont capables d'offrir aux bénéficiaires amitié, services et soutien, et leur aide est plus facilement perçue par le malade.

La diversité des organismes bénévoles

Il existe toute une gamme d'organismes bénévoles qui œuvrent auprès de la population âgée. Pour certains, l'action bénévole est une priorité alors que pour d'autres, par exemple les groupes

communautaires ou paroissiaux, il peut s'agir d'une activité importante mais essentiellement secondaire. Certains interviennent directement auprès des malades; d'autres s'occupent plutôt de politique et de planification. Dans certaines municipalités, les conseils de planification sociale qui comptent parmi leurs membres des bénévoles, dirigent des sous-comités et des groupes de planification dont l'action est axée sur la population âgée, et peuvent avoir accès à une foule d'associations bénévoles qui dispensent des services : transport, repas, vie sociale et loisirs. Certaines municipalités peuvent subventionner des programmes spéciaux conçus pour la population âgée, par exemple les grands-parents adoptifs ou les programmes de rapprochement entre les générations.

On trouve dans la plupart des provinces des réseaux de clubs de l'âge d'or et d'autres associations de retraités. La plupart ont une vocation sociale ou récréative et ne sont pas nécessairement en mesure de répondre aux besoins spéciaux des malades mentaux ou des personnes souffrant de confusion. Certains peuvent cependant offrir des programmes d'action communautaire tels que les visites amicales ou un service quotidien de vérification téléphonique.

Beaucoup d'hôpitaux, de foyers de soins et de foyers pour personnes âgées ont leur propre corps de bénévoles qui s'occupent de l'établissement de programmes ou de collecte de fonds pour les activités sociales et récréatives offertes par l'établissement.

La population bénévole

Selon une enquête sur la population active réalisée par Statistique Canada en 1980, quelque 2,5 millions de gens, soit 15 % de la population adulte, faisaient du bénévolat cette année-là. La contribution globale des bénévoles à l'économie du pays se chiffrait à 3,5 milliards de dollars, soit 3 % de son produit national brut.

Ce genre d'enquête ne tient pas compte de ce qui représente sans doute le groupe le plus important de bénévoles œuvrant auprès des personnes âgées, à savoir le réseau de soutien naturel constitué par la famille, les amis et les voisins qui n'ont rien à voir avec un organisme ou une association bénévole, mais qui dispensent le gros des services communautaires aux personnes âgées. Leur intervention découle de l'amour, du sens des responsabilités familiales, du bon voisinage ou de l'esprit communautaire.

Les bénévoles peuvent choisir un type bien précis de service ou de cadre où exercer leur action, pour différentes raisons, par exemple la distance qui sépare l'hôpital de leur foyer, la préférence à l'égard d'un groupe d'âge ou d'activité ou leur expérience d'un certain domaine. Le type de motivation peut intervenir pour beaucoup dans la qualité, la fréquence et l'intensité du service. Le bénévole qui œuvre dans un domaine dont il possède une expérience directe et personnelle est souvent un pilier des groupes d'entraide tels que les groupes de soutien entre les veuves ou la Société Alzheimer, et peut être particulièrement sensibilisé aux besoins et aux questions relatives aux services.

Les étudiants représentent une autre importante catégorie de bénévoles. Certains font du bénévolat parce que cela fait partie des exigences d'un cours, alors que d'autres le font par altruisme, pour étendre le champ de leur expérience ou pour se préparer en vue de leur future carrière. Les étudiants bénévoles peuvent représenter une force très positive auprès de la population âgée.

Géographiquement parlant, les ressources bénévoles sont inégalement réparties au pays. Ce phénomène est sans doute attribuable aux différences constatées dans la structure de la population, mais il peut également tenir en partie des différences historiques et culturelles. Comme on aura besoin de beaucoup plus de bénévoles pour faire face au nombre croissant de personnes âgées ayant besoin de soins, il y a lieu d'attirer et de recruter de nouveaux bénévoles sur une vaste échelle. Il faut examiner sérieusement toute la gamme de rôles que peuvent jouer les bénévoles, de façon à pouvoir mettre à contribution bon nombre d'individus qui, bien que ne possédant pas certaines aptitudes, sont cependant capables de remplir une fonction utile. Cette remarque, il importe de le souligner, vaut également pour les «clients» pour qui la capacité de venir en aide aux autres peut être une source de satisfaction énorme.

La portée de l'action bénévole auprès des malades mentaux âgés

1. Dans les établissements

Dans les établissements de soins prolongés, les bénévoles peuvent augmenter les ressources généralement limitées dont disposent ces derniers. Ils peuvent travailler directement avec le personnel, dispenser aux malades des soins autres qu'infirmiers, bien qu'ils doivent tenir compte des règlements émanant des syndicats ou des associations

professionnelles. Ils peuvent jouer un rôle important dans les programmes sociaux et récréatifs, ou s'occuper d'améliorer l'environnement physique ou la qualité de vie des occupants. En tant que porte-parole de l'intérêt public dans l'établissement, le bénévole peut à l'occasion attirer l'attention sur les abus ou les conditions et pratiques qui devraient être modifiées.

2. Dans la collectivité

Dans la collectivité, l'étendue des activités entreprises par les bénévoles auprès des personnes âgées est presque illimitée. Ces derniers peuvent en effet diriger des clubs ou des haltes-accueil, des groupes de soutien et des services qui s'adressent spécialement à la population âgée, par exemple les services de vérification téléphonique, les popotes roulantes, le transport, l'information, le counseling et les services de défense d'intérêts.

Ils peuvent offrir une aide pratique par exemple dans le cadre des activités de la vie quotidienne, pour les achats et l'entretien du foyer. Ce genre de services ne sont ni complexes ni difficiles, mais ils sont indispensables à la survie dans la collectivité et sont rarement offerts par les réseaux officiels de services. Ils comprennent également des fonctions de surveillance, par exemple le fait de vérifier si le client a de quoi se nourrir et si ses besoins essentiels sont comblés, et d'appeler au besoin la famille, le médecin ou le responsable du cas.

Les visites amicales rendues par les bénévoles peuvent être un service très précieux pour les personnes âgées déprimées, qui vivent dans l'isolement au sein de la collectivité. Il n'est pas toujours facile d'amorcer la relation avec le client qui peut manifester de la nervosité à l'idée de recevoir chez lui un étranger ou parce que son déficit intellectuel peut faire obstacle à la communication. Pour le bénévole, il peut s'agir d'une tâche quelque peu solitaire, de sorte que le jumelage peut dans certains cas être utile. Lorsqu'il y a deux bénévoles qui connaissent le client, il y en a presque toujours un des deux qui est disponible en cas de besoin, et si l'un abandonne le programme, il est quand même possible de maintenir une sorte de continuité. Le jumelage permet également au client d'ajouter une personne de plus à sa liste de relations.

Le bénévole peut offrir des services de relève à domicile aux membres de la famille qui s'occupent du malade en aidant ou en remplaçant le principal pourvoyeur de soins à la maison. Il peut aussi assurer un service de relève normal ou d'urgence dans un centre où travaillent des bénévoles.

Certains organismes bénévoles importants (par exemple, la Société Alzheimer du Canada) interviennent à plusieurs niveaux : entraide et soutien aux familles qui prennent soin du malade à l'échelon local; projets pilotes originaux sur le plan de la prestation de services; sensibilisation du public et défense d'intérêts et d'aide à la recherche.

Les besoins des bénévoles

Bien qu'ils puissent offrir énormément de souplesse, les programmes d'action bénévole doivent être soigneusement conçus pour ce qui est de leur contenu, de leur présentation, du choix des travailleurs et de la clientèle. Le fait d'avoir pour clientèle des personnes âgées déprimées, souffrant de déficience intellectuelle ou d'autres troubles mentaux, impose des exigences aux bénévoles comme aux programmes d'action bénévole. Pour des raisons d'efficacité, il faudrait recruter et sélectionner les bénévoles en fonction de tâches et de clientèles précises. L'organisme, le service, l'établissement ou la collectivité qui font appel à des bénévoles devraient offrir à ces derniers l'orientation, la formation, l'encadrement continu, le soutien et la reconnaissance nécessaires. Il faut aussi leur confier un mandat qui indique très nettement leurs tâches et les attentes ainsi que la nature de leurs rapports avec le personnel, l'organisme et la clientèle.

1. La formation

Un programme d'action bénévole devrait prendre un engagement ferme dans le domaine de l'éducation. Les bénévoles devraient au départ bénéficier d'une séance d'orientation pour qu'ils comprennent les objectifs, les méthodes et les pratiques du programme, y compris sa filière hiérarchique, sa place dans le réseau de services et ses rapports avec d'autres organismes et associations. Il faut aussi leur donner une idée générale des besoins et des caractéristiques de la clientèle. Le rôle du bénévole ainsi que ses responsabilités concernant des questions de politique telles que la confidentialité sont des sujets qui devraient être abordés.

La formation des bénévoles est une responsabilité qui incombe à l'organisme ou à l'association qui les recrute. Elle peut être faite par le coordonnateur des bénévoles, le personnel de l'organisme ou une université ou un collège d'enseignement communautaire, selon la nature du travail qui sera confié au bénévole et le niveau de compétence souhaité. Souvent le bénévole apprend davantage en travaillant aux côtés d'autres membres du personnel; par contre, on peut lui offrir une formation plus structurée sous forme de conférences et de colloques, avec

l'octroi de certificats, de diplômes ou de crédits universitaires à la fin. Ce genre de cours peuvent procurer au bénévole une formation très complète pour les fonctions qu'il est appelé à assumer, tout en lui faisant prendre conscience du sérieux et de la valeur de l'action bénévole.

Ce type de formation présente cependant certains inconvénients. Tout d'abord, elle suppose inévitablement l'exclusion d'un grand nombre de bénévoles en puissance qui possèdent un bagage scolaire limité, qui sont davantage portés vers le côté pratique que le côté théorique des choses. L'exclusion de cette catégorie de gens peut représenter une perte énorme pour le programme. Autre inconvénient, ce genre de formation peut engendrer une race de «semi-professionnels» et entraîner, de ce fait même, la disparition de certaines caractéristiques particulièrement appréciées chez le bénévole.

Peu importe sa forme ou son contenu, la formation des bénévoles doit être gratuite, sérieuse et, surtout, utile. Elle devrait fournir tous les renseignements nécessaires sur la fonction à entreprendre, traiter des problèmes courants et des solutions possibles, et offrir des conseils sur des pratiques et techniques utiles, par exemple pour déplacer un malade de son lit ou composer avec les malentendants. Il y a lieu de définir clairement le rôle et le statut des bénévoles ainsi que leurs rapports avec le personnel et les clients sans compter les valeurs véhiculées par le programme. Au terme du programme de formation, le bénévole devrait se voir offrir à l'occasion d'autres possibilités de s'instruire.

2. L'encadrement

Les bénévoles devraient être convenablement encadrés. Le coordonnateur des bénévoles devrait connaître parfaitement les qualités de chaque bénévole et son niveau de formation, et connaître suffisamment la clientèle pour pouvoir anticiper les difficultés possibles et y remédier.

Les bénévoles devraient être au courant de la voie hiérarchique à suivre à l'intérieur du programme. Ils devraient connaître leur surveillant et le coordonnateur du programme, et savoir à qui ils devraient signaler des détails tels qu'une détérioration soudaine de la santé d'un client. Si le surveillant et le coordonnateur devraient être dans les premières lignes de combat dans ces cas, les bénévoles devraient cependant pouvoir consulter les professionnels de l'organisme et compter sur leur appui en cas de problème.

3. Le mandat

Le mandat du bénévole devrait être clairement défini dans un énoncé de fonctions écrit. Celui-ci doit non seulement décrire le travail et le rôle de l'intéressé mais également préciser le moment et la fréquence de son intervention. Une telle mesure est essentielle à la planification du programme : les apparitions aléatoires d'un bénévole entraînent des problèmes de coordination et font que le programme ne peut compter sur un effectif stable. Du point de vue du bénévole, un contrat bien défini lui donne une idée précise des attentes du programme et du rôle qu'il est appelé à jouer.

L'énoncé de fonctions devrait contenir des attentes réalistes pour ce qui est de la durée du mandat. Il peut être préférable que celui-ci soit divisé en périodes relativement courtes, renouvelables, et qu'il y ait un certain roulement pour éviter la monotonie. Cela permet d'entretenir l'enthousiasme du bénévole et de l'inciter à poursuivre ses efforts.

4. Les considérations juridiques et financières

Les organismes bénévoles devraient avoir des lignes directrices bien définies sur les questions telles que la responsabilité juridique, les assurances, le remboursement des frais et la situation fiscale des bénévoles. Ce genre de renseignements devraient être donnés par écrit dans le contrat.

Le travail bénévole est, par définition, non rémunéré et fait gratuitement. Pourtant, le bénévolat n'est pas sans entraîner des dépenses, et la question de la rémunération se pose lorsque le bénévole s'aperçoit qu'il doit investir non seulement du temps et de l'énergie mais également de l'argent dans le programme. Ainsi, les bénévoles qui assurent le transport doivent payer les coûts d'essence, de stationnement et assumer la dépréciation de la voiture. Il est également possible qu'ils doivent payer des assurances plus élevées pour la voiture. D'autres sont appelés, en raison de leurs fonctions, à prendre leurs repas à l'extérieur, et d'en assumer le coût.

Le bénévole ne devrait pas faire les frais du bénévolat et le manque d'argent ne devrait nullement constituer un empêchement pour l'action bénévole. Le choix de la formule la plus appropriée pour le remboursement des frais fait l'objet de controverses. Les bénévoles peuvent se voir offrir une somme pour couvrir leurs dépenses, mais certains considèrent que cela porte atteinte aux principes mêmes sur lesquels repose l'action bénévole.

Selon eux, offrir des honoraires aux bénévoles transforme ce dernier en employé de l'organisme, ce qui peut restreindre sa liberté d'action en matière de défense d'intérêts.

Une solution plus simple serait que l'organisme ait une politique bien définie concernant les dépenses ainsi qu'un mécanisme établi pour le remboursement des frais déjà approuvés. Il est indispensable que les bénévoles soient bien protégés par une police d'assurance, surtout lorsqu'ils sont appelés à travailler avec des groupes vulnérables tels que les personnes âgées ou les malades mentaux. L'organisme ou l'association qui assure le service doit assumer la pleine responsabilité de la protection de ses employés, tant rémunérés que bénévoles, contre tous les risques. Les coûts de l'assurance directement liés au travail bénévole (par exemple, les primes d'assurance plus élevées pour la voiture dans le cas des bénévoles qui transportent régulièrement les clients) devraient être pris en charge par l'organisme.

5. Le soutien et la reconnaissance

La principale récompense du bénévole est le sentiment de satisfaction et d'accomplissement qui vient du travail même. L'encouragement et la reconnaissance de la clientèle, du personnel, de l'organisme et de la collectivité peuvent contribuer à maintenir et à renforcer cet esprit.

Le travail bénévole, tel que les soins à domicile aux malades mentaux âgés, peut être à la fois stressant et aliénant. Il importe que les bénévoles se sentent soutenus dans leur tâche et que leurs efforts soient reconnus. Il y a lieu de fournir aux bénévoles, surtout ceux qui font le même type de travail, des occasions de se rencontrer, d'exprimer leurs inquiétudes et préoccupations et de partager leurs expériences positives. C'est de cette façon que le bénévole en arrive à acquérir le sentiment de faire partie d'un groupe qui mène une action commune, précise et utile.

Le sentiment d'appartenance à un groupe et de fierté à l'égard du travail accompli peut être entretenu par des signes visibles tels que les macarons, les uniformes ou d'autres marques qui permettent de distinguer le statut de bénévole, bien que ce soit superflu pour certains. Un lieu physique bien désigné, les dossiers et les réunions périodiques et une certaine uniformisation des pratiques peuvent également aider à dissiper toute notion selon laquelle le travail bénévole est invisible ou non apprécié.

Il est important que la valeur du travail du bénévole soit officiellement reconnue. La collectivité devrait trouver des moyens adéquats de témoigner sa reconnaissance envers les bénévoles. À cet égard, il est possible d'organiser des événements spéciaux tels que des repas en l'honneur des bénévoles, au cours desquels sont remis des certificats ou des insignes aux travailleurs ayant un certain état de service ou ayant accompli une tâche exceptionnelle. Certains des membres les plus en vue de l'équipe professionnelle et administrative de l'organisme devraient assister à ces manifestations, sur lesquelles on devrait attirer davantage l'attention au moyen de la publicité dans les médias locaux.

L'organisme bénévole devrait prévoir un plan de carrière. Les bénévoles qui occupent des postes de direction et de responsabilité peuvent servir d'excellents modèles pour la base. Leur promotion est un témoignage de la reconnaissance, par le public, de la valeur du bénévolat et facilite le recrutement et le perfectionnement des bénévoles.

Conclusion

On reconnaît de plus en plus que les problèmes sociaux et de santé publique du vieillissement et de l'âge avancé ne sauraient être résolus selon une approche traditionnelle à voie unique et sectorielle. Une approche globale, combinant des connaissances et des compétences en matière sociale, médicale et de comportement, a plus de chances de répondre aux besoins des populations âgées. On connaît de nombreux exemples d'échecs de programmes élaborés dans une perspective étroite, même en employant des technologies hautement avancées, car ces programmes visaient une seule maladie, voire un seul système ou organe du corps, négligeant ainsi le contexte social et de comportement, plus large, où doit se situer toute action en faveur de la santé.[1]

Nous avons, dans ce document, exposé et analysé les éléments essentiels d'une approche en matière de soins dispensés aux personnes âgées souffrant des effets aigus, chroniques ou résiduels d'un trouble mental.

Il n'a guère été possible ici d'étudier en profondeur bon nombre des questions épidémiologiques, cliniques, administratives, juridiques et éducationnelles que soulève nécessairement l'administration d'un réseau de services complets. C'est un sujet qui déborde le cadre de notre mandat. Par contre, le Comité a voulu décrire les principales fonctions et composantes d'un tel réseau, ainsi que les concepts et principes sur lesquels il repose. Le concept de «globalité» a été un thème clé d'un bout à l'autre de notre étude, dans la mesure où le Comité a cherché à replacer les troubles psychogériatriques dans une perspective plus vaste et à proposer des approches qui tiennent compte des besoins de la personne, prise dans sa globalité. Nous osons espérer que ces lignes directrices sauront être utiles dans le cadre d'autres travaux qui seront entrepris dans ce domaine vaste et complexe.

Thomas J. Lips
Coordonnateur
Comité des lignes directrices relatives
à la prestation de services complets
aux personnes âgées souffrant de
troubles mentaux

[1] Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Europe. La gérontopsychiatrie dans la collectivité. ISBN 92 9020 129 0, Copenhague, 1979, p. 120

Annexe I: membres du comité et des groupes d'étude

Comité des lignes directrices relatives à la prestation de services complets aux personnes âgées souffrant de troubles mentaux

Président : Dr Henry Kedward, Toronto

Dr Nigel Allison, Dartmouth
Mme Lynne Fineman, Winnipeg
Dr Gloria Gutman, Vancouver
Dr Sylvia McDonald, Montréal
Dr Rosemary Meier, Toronto
Dr Duncan Robertson, Victoria
Dr Howard Strong, St. John's

Pour la Division de la santé mentale :

Dr Brenda Wattie, directrice
Dr John K. Clayton, conseiller en psychiatrie
M. Thomas Lips, coordonnateur du Comité
Mme Judith Sylph, rédactrice-pigiste

Groupe d'étude sur l'évaluation

Présidente : Dr Rosemary Meier, Toronto

Mme Dolly Dastoor, Verdun
Dr Robin Eastwood, Toronto
Dr Gloria Gutman, Vancouver
Dr Kay Harrison, Whitby
Dr William McCormick, Halifax
Dr Duncan Robertson, Victoria
Dr Kenneth Shulman, Toronto

Pour la Division de la santé mentale :

Dr Brenda Wattie, directrice
M. Thomas Lips, coordonnateur du Comité
Mme Judith Sylph, rédactrice-pigiste

Groupe d'étude sur la prise en charge et le traitement

Président : Dr John Clayton, Burlington

Dr Martin Cole, Montréal

Mme Dolly Dastoor, Verdun
Mme Lynne Fineman, Winnipeg
Dr Dorothy Pringle, Toronto
Dr Marie-France Tourigny-Rivard, Ottawa
Dr Howard Strong, St.John's

Pour la Division de la santé mentale :

Dr Brenda Wattie, directrice
Dr John Clayton, conseiller en psychiatrie
M. Thomas Lips, coordonnateur du Comité
Mme Judith Sylph, rédactrice-pigiste

Groupe d'étude sur l'action bénévole

Présidente : Dr Sylvia McDonald, Montréal

Mme Laurie Kociol, Toronto
Mme Linda Perry, Toronto
M. Ross Robinson, Montréal
Mme Barbara Trahan, Toronto

Pour la Division de la santé mentale :

Dr John Clayton, conseiller en psychiatrie
M. Thomas Lips, coordonnateur du Comité
Mme Judith Sylph, rédactrice-pigiste

Groupe d'étude sur les questions juridiques

Président : M. Carl M. Lakaski, Ottawa

M. Glyn Davies, Edmonton
Dr John Elias, Regina
M. Robert Gordon, Vancouver
Mme Margaret MacDonald, St. John's
Dr Hans Reichenfeld, Ottawa
Dr Joel Sadavoy, Toronto
Mme Judy Wahl, Toronto

Pour la Division de la santé mentale :

M. Carl M. Lakaski, conseiller
Mme Judith Sylph, rédactrice-pigiste

Autres personnes ressources

Dr David J. Harris, London
M. Michael McCubbin, Ottawa
Dr Sylvia Monti de Flores, Montréal